

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>I. INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA</b>		
<b>INCLUSION CRITERIA</b>		
1. Subject is diagnosed with <b>one of the following schizophrenia subtypes</b> according to DSM-IV: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Paranoid Type-295.3</li> <li>b. Catatonic Type-295.2</li> <li>c. Disorganized Type-295.2</li> <li>d. Undifferentiated Type-295.2</li> <li>e. Residual Type-295.2</li> </ul>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. All 4 grandparents are of Ashkenazi Jew ethnic origin as declared by the subject.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subject or Subject's legal representative has signed the informed consent form.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EXCLUSION CRITERIA</b>		
1. Subject is diagnosed with at least one of the following (Schizophrenia differential diagnosis list): <b>Psychotic disorder due to a general medical condition</b> , Delirium or dementia; <b>Substance-induced psychotic disorder</b> ; Substance-induced delirium; Substance-induced persisting dementia; Substance-related disorders; <b>Mood disorder with psychotic features</b> ; <b>Schizoaffective disorder</b> ; Depressive disorder not otherwise specified; Bipolar disorder not otherwise specified; Mood disorder with catatonic features; <b>Schizophreniform disorder</b> ; Brief psychotic disorder; Delusional disorder; Psychotic disorder not otherwise specified; Pervasive developmental disorders (e.g. Autistic disorder); Childhood presentations combining disorganized speech (from a communication disorder) and disorganized behaviour (from attention deficit/Hyperactivity disorder); <b>Schizotypal disorder</b> ; <b>Schizoid disorder</b> ; <b>Paranoid personality disorder</b> .	<b>Yes</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Subject is a known carrier of a blood transmitted infectious disease or suffers from conditions in which phlebotomy is contra-indicated.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subject is eligible for the study, if all INCLUSION criteria are YES and all EXCLUSION criteria are NO.</b>		
<b>INVESTIGATOR'S STATEMENT CONCERNING DATA VERIFICATION</b>		
I have verified the data entered in the Case Report Form and have determined that it is complete, accurate and compatible with the source documents.		
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Investigator's name (printed)	Investigator's signature	Day      Month      Year

Where appropriate mark like this  (not like this )

Schizophrenia  
IDGN-SC-A09

II. DEMOGRAPHICS

1. Sex:  Male

Female

2. Date of birth:  /   
Month Year

3. Country of birth: \_\_\_\_\_

4. Year of immigration:

5. Ethnic origin:  Ashkenazi \*

Sepharadi \*

Mixed \*\*

Other: \_\_\_\_\_  
(specify)

\* All 4 grandparents are of the same ethnic origin as declared by the subject.

\*\* Not all grandparents are of the same ethnic origin.

6. Marital Status:  Single

Married

Separated

Divorced

Widow/er

SUBJECT  
BARCODE  
STICKER

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>III. FAMILY HISTORY</b>	
<p><b>1. Mother</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">Country of birth</p> <p>1.1 Mother: _____</p> <p>1.2 Grandfather: _____</p> <p>1.3 Grandmother: _____</p>	<p><b>2. Father</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">Country of birth</p> <p>2.1 Father: _____</p> <p>2.2 Grandfather: _____</p> <p>2.3 Grandmother: _____</p>
<p>1.4 Mother suffers from a <b>Psychiatric disease</b>:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes*      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Unknown         </p> <p><b>*If yes, specify:</b></p> <p>Schizophrenia <input type="checkbox"/></p> <p>Major Depression (MD) <input type="checkbox"/></p> <p>Bipolar Disease (BD) <input type="checkbox"/></p> <p>Other <input type="checkbox"/></p>	<p>2.4 Father suffers from a <b>Psychiatric disease</b>:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes*      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Unknown         </p> <p><b>*If yes, specify:</b></p> <p>Schizophrenia <input type="checkbox"/></p> <p>Major Depression (MD) <input type="checkbox"/></p> <p>Bipolar Disease (BD) <input type="checkbox"/></p> <p>Other <input type="checkbox"/></p>
<b>Blood relatives:</b>	
<p>3.1 Number of brothers and sisters: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>3.2 How many of them suffer(ed) from <b>Schizophrenia</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>3.3 How many of them suffer(ed) from <b>Mood Disorder</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> MD <input style="width: 20px;" type="text"/> BD</p>	
<p>4.1 Number of uncles and aunts*: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>4.2 How many of them suffer(ed) from <b>Schizophrenia</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>4.3 How many of them suffer(ed) from <b>Mood Disorder</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	
<p>5.1 Regarding grandparents:</p> <p>5.2 How many of them suffer(ed) from <b>Schizophrenia</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>5.3 How many of them suffer(ed) from <b>Mood Disorder</b>? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	
<p>6.1 Approximate age at onset for the 5 closest blood relatives with <b>Schizophrenia</b> and <b>Mood Disorder</b>*</p> <p><b>Schizophrenia:</b>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>Mood Disorder:</b>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>    <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><small>*If exact number is unknown, give approximate number.</small></p>	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

**IV. MEDICAL HISTORY – DISEASE CHARACTERISTICS**

1. Age at diagnosis:

--	--

2. Schizophrenia Type (mark only one DSM IV type):

Paranoid Type – 295.3

Catatonic Type – 295.2

Disorganized Type – 295.2

Undifferentiated Type-295.2

Residual Type-295.2

3. The diagnosis of Schizophrenia was based upon the following characteristic symptoms:

3.1 Positive symptoms\*:

Yes

No



\*If yes, specify 3.1.1 Delusions



3.1.2 Hallucinations



3.1.3 Disorganized speech



3.1.4 Disorganized behavior



3.1.5 Catatonic behavior



3.2 Negative symptoms:



4. Is the patient regularly employed?



5. Does the patient have social interactions?



6. Neurological - Does the patient appear to have an increased rate of blinking or abnormal saccadic eye movements?



**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

Schizophrenia  
IDGN-SC-A09

**IV. MEDICAL HISTORY (cont.)**

**7. Longitudinal course** (mark only one):

- 7.1 Episodic with interepisodic residual symptoms
- 7.2 Episodic with prominent negative symptoms
- 7.3 Episodic with no interepisodic residual symptoms
- 7.4 Continuous
- 7.5 Continuous with prominent negative symptoms
- 7.6 Single episode in partial remission
- 7.7 Single episode with prominent negative symptoms
- 7.8 Single episode in full remission

**8. Does the patient smoke?**

\*If Yes, specify approximate packs per day:

more than one

one or less

**Yes**

**No**

\*

**9. Does the patient use cannabinoids?**

**10. Specify other major chronic disease** (e.g. Diabetes):

---

---

---

---

---

---

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

Schizophrenia  
IDGN-SC-A09

V. MEDICATIONS										
		Was the medication generally effective?			Specify the relevant adverse reactions if they mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.					
1. Antipsychotics:	Year treatment started	Yes	No	Unknown	Parkinsonism	Akathisia	Dystonia	Tardive Dyskinesia	Neuroleptic Malignant Syndrome	Other
<b>Chlorpromazine</b> (Tarocyl) <b>Levomepromazine</b> (Nozinan, Methozane)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Thioridazine</b> (Melleril, Ridazine)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Perphenazine</b> (Perphenan) <b>Fluphenazine</b> (Moditen, Modecate)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Chlorprothixene</b> (Taractan, Truxal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Haloperidol</b> (Halidol, Habpen, Pericate, Perido)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pimozide</b> (Orap)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sulpiride</b> (Modal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Clozapine</b> (Leponex)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Risperidone</b> (Risperdal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Olanzapine</b> (Zyprexa)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Zuclopenthixol</b> (Clopixol)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUBJECT  
BARCODE  
STICKER

Schizophrenia  
IDGN-SC-A09

V. MEDICATIONS (cont.)								
		Was the medication generally effective?			Specify the relevant adverse reactions if they mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.			
2. Antidepressants:	Year treatment started	Yes	No	Unknown	Mania	Psychosis	Cardiac effect	Other
<b>Amitriptyline</b> (Elatrol, Tryptal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Imipramine</b> (Primonil, Tofranil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Clomipramine</b> (Anafranil, Maronil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Desipramine</b> (Deprexan)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Doxepin</b> (Gilex)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mianserin</b> (Bonserin, Bolvidon)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Maprotiline</b> (Ludiomal, Melodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Phenelzine</b> (Nardil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fluoxetine</b> (Affectine, Flutine, Prizma, Prozac)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trazodone</b> (Depyrel, Trazodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fluvoxamine</b> (Favoxil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sertraline</b> (Lustral)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Paroxetine</b> (Seroxate, Paxxet 20)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Reboxetine</b> (Edronax)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Citalopram</b> (Cipramil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nefazodone</b> (Serzonil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Venlafaxine</b> (Efexor)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

Schizophrenia  
IDGN-SC-A09

V. MEDICATIONS (cont.)					
		Was the medication generally effective?			Specify adverse reaction if it mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.
3. Mood Stabilizers:	Year treatment started	Yes	No	Unknown	
Lithium salts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carbamazapine (Tegretol, Teril)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valproic acid (Valporal, Depalept)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clonazepam (Clonex, Rivotril)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUBJECT  
BARCODE  
STICKER



**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET</b>							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>MOOD DISORDERS</b> <b>הפרעות מצב-רוח</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar I Disorder (D.1) הפרעה ביפולארית I	01
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar II Disorder (D.2) הפרעה ביפולארית II	02
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Bipolar Disorder הפרעה ביפולארית אחרת (D.4)	03
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major Depressive Dis. (D.6) הפרעת דיכאון מובהק	04
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysthymic Disorder (current only) הפרעה דיסתימית (עכשווית בלבד) (A.41)	05
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressive Dis. not otherwise specified (D.8) הפרעות דיכאון אחרות	06
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mood Disorder due to a general medical condition הפרעת מצב-רוח כתוצאה מבעיה רפואית גופנית (A.44)	07
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-induced Mood Disorder הפרעות מצב-רוח הנגרמות עקב שימוש בחומר ממכר (A.46)	08

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophrenia (C.1) סכיזופרניה	09
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophreniform Dis. הפרעה סכיזופרניפורמית (C.8)	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizoaffective Dis. הפרעה סכיזואפקטיבית (C.10)	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delusional Disorder (C.13) הפרעה דלוזיונאלית	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brief Psychotic Dis. הפרעות דיכאון אחרות (C.15)	13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotic Disorder due to a general medical condition הפרעה פסיכוטית עקב בעיה רפואית גופנית (C.17)	14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-Induced Psychotic Disorder הפרעה פסיכוטית הנגרמת עקב שימוש בחומר ממכר (19.C)	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotic Disorder NOS הפרעה פסיכוטית אחרת (C.20)	16

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)</b>						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
<b>SUBSTANCE USE DISORDERS</b> <i>הפרעות הקשורות בשימוש בחומר ממכר</i>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Alcohol אלכוהול (E.3/E.6)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Sedative-Hypnotic- Anxiolytics סמי הרגעה/שינה/נוגדי חרדה (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Cannabis חשיש (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Stimulant סמים מעוררים (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Opioid אופיואידים (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Cocaine קוקאין (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Hall. /PCP PCP או הלוצינוגנים (E.18/E.24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Poly Drug ריבוי סמים (E.18)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Other אחר (E.18/E.24)						

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)</b>							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>ANXIETY DISORDERS</b> <b>הפרעות חרדה</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panic Disorder (F.5) תסמונת האימה	26
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agoraphobia without History of Panic Disorder (AWOPD) אגרופוביה בלי היסטוריה של תסמונת האימה (F.9)	27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Social Phobia (F.14) פוביה חברתית	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specific Phobia (F.18) פוביה ספציפית	29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsessive Compulsive Disorder הפרעה טורדנית-כפייתית (F.23)	30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post-traumatic Stress Disorder הפרעה פוסט-טראומטית (F.29)	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generalized Anxiety הפרעת חרדה כללית (F.34)	32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety Disorder due to a general medical condition הפרעת חרדה עקב בעיה רפואית גופנית (F.37)	33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-Induced Anxiety Disorder הפרעת חרדה הנגרמת עקב שימוש בחומר ממכר (F.39)	34
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety Disorder NOS (F.40) הפרעת חרדה אחרת	35

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Schizophrenia  
IDGN-SC-A09**

<b>VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)</b>							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>SOMATOFORM DISORDERS</b> <i>הפרעות סומאטופורמיות</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somatization Disorder הפרעת סומאטיזציה (G.6)	36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain Disorder (G.7) הפרעת כאב	37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Undifferentiated Somatoform Disorder (G.9) הפרעה סומאטופורמית בלתי מובדלת	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypochondriasis (G.11) היפוכונדריה	39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Body Dysmorphic הפרעה דיסמורפית גופנית (G.12)	40
<b>EATING DISORDERS</b> <i>הפרעות אכילה</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia Nervosa (H.2) אנורקסיה נרבוזה	41
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia Nervosa (H.5) בולימיה נרבוזה	42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Binge Eating Disorder (H.8) הפרעות התקפי-זלילה	43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adjustment Disorders הפרעות הסתגלות (1.2)	44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other DSM-IV Axis I Disorder הפרעה אחרת של DSM-IV בציר I	45

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**