

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Grundregistrering specialistvård

### Utredningsstart

Remissdatum eller kontaktdatum \_\_\_\_\_  Okänt datumDatum för påbörjad utredning \_\_\_\_\_  Okänt datum

Kommentar till väntetid (fylls i om väntetid för utredningsstart är mer än 30 dagar)

- Väntetid enligt plan
- Patienten har erbjudits tid inom 30 dagar men har själv skjutit upp utredningsstart
- Enheten har inte haft möjlighet att erbjuda utredningsstart inom 30 dagar

### Bakgrundsinformation

#### Boendeform

- Ordinärt boende
- Särskilt boende, tillfälligt
- Särskilt boende, permanent (fortsätt vid längd och vikt)
- Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom (fortsätt vid längd och vikt)
- Vet ej

#### Boendeförhållande

- Sammanboende med annan vuxen
- Ensamboende
- Vet ej

Barn under 18 i hemmet  Ja  Nej  Vet ej

#### Dagverksamhet i dagsläget

- Ja, ej specifikt anpassad för personer med demenssjukdom
- Ja, anpassad för personer med demenssjukdom
- Ja, anpassad för yngre personer med demenssjukdom
- Nej
- Vet ej

Hemtjänst i dagsläget  Ja  Nej  Vet ejStöd enligt LSS i dagsläget  Ja  Nej  Vet ejKroppslängd (i cm) \_\_\_\_\_ cm  Vet ejKroppsvikt \_\_\_\_\_ kg  Vet ej

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Ärftlighet** (Ingen känd = ingen känd för patienten. Vet ej = om frågan ej ställts till patienten)

	Ja	Ingen känd	Vet ej
Första gradens biologiska släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra gradens biologiska släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Utredning**

Fyll i alla undersökningar som använts till underlag för att sätta diagnos, oavsett var de har utförts

MMSE-SR   Ej testbar  Ej utförtMoCA   Ej testbar  Ej utförtRUDA-S   Ej testbar  Ej utfört  Ej aktuellt  
(uppfyller ej kriterierna)Klocktest  Ja  NejBlodprover  Ja  NejCT  Ja  Nej

Vid Ja - visuell uppskattning av hjärnatrofi (valfritt att fylla i)

	0	1	2	3	4
Medial temporallobatrofi, MTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Global cortical atrofi, GCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fazekas vitsubstansgradering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posterior/parietal atrofi, PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MR  Ja  Nej

Vid Ja - visuell uppskattning av hjärnatrofi (valfritt att fylla i)

	0	1	2	3	4
Medial temporallobatrofi, MTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Global cortical atrofi, GCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fazekas vitsubstansgradering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posterior/parietal atrofi, PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FDG-PET  Ja  NejIsotopundersökning dopaminsystem  Ja  NejLP  Ja  Nej

Vid Ja - (valfritt att fylla i)

T-Tau	<input type="text"/>
P-Tau	<input type="text"/>
A $\beta$ 42	<input type="text"/>
A $\beta$ 42/40	<input type="text"/>

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

EEG  Ja  Nej**Arbetsterapeutisk bedömning**

- Ja
- Nej

**Funktions- och aktivitetsbedömning utförd med hjälp av bedömningsinstrument**

- Ja
- Nej

**Vid Ja på utförd funktions- och aktivitetsbedömning:****En arbetsterapeut har utfört en strukturerad aktivitetsbedömning**

- Ja
- Nej

**Bedömningsresultat (valfritt att fylla i)**

- Normalt aktivitetsutförande – Inga eller få problem observeras i aktivitet.
- Lätt nedsättning av aktivitetsutförande – Fler problem observeras men personen själv kan lösa dem.
- Måttlig nedsättning av aktivitetsutförandet – Fler problem observeras och resultatet blir inte som förväntat.
- Stor nedsättning av aktivitetsutförandet – Behöver hjälp av annan person för att starta upp/genomföra aktiviteten.

**Fysioterapeutisk bedömning**

- Ja
- Nej

**Logopedisk bedömning**

- Ja
- Nej

**Neuropsykologisk utredning**

- Ja
- Nej

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Diagnos**

- Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut
- Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut
- Blanddemens vid Alzheimers sjukdom - Vaskulär demens
- Vaskulär demens (inkl Subkortikal vaskulär demens.)
- Lewy body demens
- Frontotemporal demens - Valfritt att fylla i specificering:
  - ospecificerad (förvald i SveDem om man väljer FTD)
  - beteendevariant
  - semantisk demens
  - progressiv icke-flytande afasi (PFNA)
  - Motorneuronsjukdom
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Demens UNS
- Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)
- Lindrig kognitiv störning - fyll i tilläggskod:
  - Ospecificerad
  - G30.0 Alzhimers sjukdom med tidig debut
  - G30.1 Alzhimers sjukdom med sen debut
  - G31.0 Pannlobstyp
  - 631.8 Lewybodytyp
  - Vaskulär typ
  - G20.9 Parkinsonstyp
  - Skadligt bruk/beroende av alkohol eller andra substanser

ICD-10 diagnoskod \_\_\_\_\_

Tilläggskod \_\_\_\_\_

Diagnosdatum \_\_\_\_\_  
ååååmmdd**Kommentar till utredningstid**

- Utredningstid enligt plan
- Patientens egna angelägenheter eller annan sjukdom har fördröjt utredningen mer än 30 dagar
- Utredningen utmynnade initialt inte i demensdiagnos men personen har fortsatt följts och nu fått diagnos
- Resursbrist på egna enheten
- Utdragna väntetider för undersökningar

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Läkemedel

Läkemedel som personen behandlas med efter att eventuella justeringar gjorts i samband med diagnosen (pågående och nyinsatt). Läkemedel vid behov räknas inte med.

Antal läkemedel som personen regelbundet behandlas med  Antal läkemedel  Vet ej

	Ja	Nej	Vet ej
Kolinesterashämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykosmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångstdämpande läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Körkort och skjutvapen

Har personen körkort?  Ja  Nej  Vet ej

Vid Ja, vänligen fyll i:

**Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?**

- Ja, har avråtts från bilkörning [välj detta alternativ om personen har körkort som enda id]  
 Ja, kan fortsätta köra bil tills vidare

**Har transportstyrelsen kontaktats om körkortet?**

- Ja  Nej  Vet ej

Har personen skjutvapen?  Ja  Nej  Vet ej

Vid Ja, vänligen fyll i:

**Är personen olämplig att inneha skjutvapen?**

- Ja  Nej  Vet ej

**Har anmälan gjorts till polisen angående skjutvapen?**

- Ja  Nej  Vet ej

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

**Initiativ till stödinsatser av utredande enhet****Personen har erbjudits stöd** Ja  Nej**Kontakt med biståndshandläggare** Ja  Nej  Ej aktuellt**Kontakt med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion** Ja  Nej  Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas**Insatser av kurator** Ja  Nej**Kognitiva hjälpmedel har erbjudits** Ja  Nej  Ej aktuellt**Stöd till anhöriga** Ja  Nej  Anhörig saknas**Ska personen fortsätta att följas på enheten?**  Ja  Nej

(denna fråga finns inte i SveDem - den är endast till hjälp för enheten)

