

Grundregistrering specialistklinik

Typ av personnummer Svenskt
 Annat (Välj endast om personen inte har ett svenskt personnummer)

1.1 Utredningsstart

Ej tillämbart

(Tex patient som tidigare utretts och ej fått demensdiagnos men följts på kliniken och nu erhållit demensdiagnos utan att ny fullständig utredning gjorts. Kan användas även om patienten själv skjuter fram utredningsstart mer än 30 dagar)

Remissdatum/kontaktdatum

(Datum då vårdgivare kontaktats alt remissdatum.)

 ÅÅÅÅMMDD

Datum för påbörjad utredning

(Datum för första insats som görs på mottagning alt hembesök, oberoende yrkeskategori) ÅÅÅÅMMDD

1.2 Bakgrundsinformation vid utredningsstart

Kroppsvikt (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor) _____ kg Vet ej

Kroppslängd (Uppmätt, utan skor) _____ cm Vet ej

Boendeform

- Ordinärt boende (Servicehus = eget boende) Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom
 Särskilt boende, tillfälligt (Tex växelvård, avlastnings-/korttidsboende) Vet ej
 Särskilt boende, permanent

Boendeförhållande

- Sammanboende (Med annan vuxen)
 Ensamboende
 Vet ej

Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?)

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

Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst? Gäller insatser som kräver biståndsbeslut. Trygghetslarm registreras inte.)

- Nej Ja Vet ej

1.3 Hereditet för demenssjukdom

(Familjär förekomst. Kryssa för släkting vars glömska uppmärksammats som ett problem)

Första gradens biologiska släkting

(Förälder, syskon, barn. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).

- Nej Ja Ingen känd Vet ej

Andra gradens biologiska släkting

(Mor-/farförälder, förälders syskon, syskonbarn, halvsyskon. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).

- Nej Ja Ingen känd Vet ej

1.4 Utredning (Ange genomförda undersökningar avsedda som underlag för diagnoser med inriktning på kognitiva problem.)
(Registrera även in de undersökningar som primärvården gjort i den basala demensutredningen.)

Basal demensutredning gjord på annan enhet	Typ av enhet som gjort basal demensutredning			
(CT, lab, MMSE-SR/ MMT och klocktest. Dessa undersökningar skall registreras nedan som genomförda undersökningar).	<input type="checkbox"/>	Enhet inom SveDem (ange vilken)		
	<input type="checkbox"/>	Primärvårdsenhet utanför SveDem		
	<input type="checkbox"/>	Annan vårdenhet utanför SveDem		
Nej Helt Delvis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Värde	Ej testbar	Ej aktuellt	Ej utfört
MMSE-SR/MMT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MoCA (Kognitivt screeningtest vid mild kognitiv svikt.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
RUDAS-S	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Alternativet Ej aktuellt används när kriterierna för RUDAS-S inte uppfylls.) (Kriterierna är: Vid utredning av personer med annan språklig och kulturell bakgrund; Vid utredning som görs med tolk; Vid utredning av personer med kortare skolgång (0-4 år)				
	Nej	Ja	Vet ej	
Klocktest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodkemi (Kalcium och TSH samt homosystemin. B12 och folat kan ersätta homosystemin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LP (Lumbalpunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CT (Datortomografi av hjärnan, ska registreras här oberoende av vem som gjort den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MR (Magnetresonanstomografi av hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Isotopundersökning (Isotopundersökning av hjärnan tex SPECT, DaTSCAN, PET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EEG (Electroencefalografi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbetssterapeutisk bedömning (Registreras om patienten bedömts av arbetssterapeut.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fysioterapeutisk bedömning (Registreras om patienten bedömts av fysioterapeut.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Logopedisk bedömning (Registreras endast om logoped bedömt den språkliga förmågan.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neuropsykologisk bedömning (Av psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.5 Diagnos (Kognitiva problem)

(Kryssa för en av följande diagnoser. För att diagnosbegreppen skall vara så enhetliga som möjligt i registret måste kriterierna för demenssyndromet vara uppfyllda hos patient med demensdiagnos).

Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut (Sjukdomsdebut före 65 års ålder.)	<input type="checkbox"/>
Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut	<input type="checkbox"/>
Mix demens vid Alzheimers sjukdom - Vaskulär demens	<input type="checkbox"/>
Vaskulär demens (Inkl subkortikal vaskulär demens. Vaskulär demens ospecificerad = F01.9)	<input type="checkbox"/>
Lewy body demens	<input type="checkbox"/>
Frontotemporal demens	<input type="checkbox"/>
Parkinsons sjukdom med demens	<input type="checkbox"/>
Demens UNS	<input type="checkbox"/>
Övrig (Demensdiagnos förutom ovanstående)	<input type="checkbox"/>

(Alkohol demens F10.7, Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom F02.1 A81.0, Demens vid Huntingtons sjukdom F02.2 G10.9.)

ICD-10 (Ange koden för diagnosen ovan)	<input type="text"/>
Tilläggs kod (G-kod anges i förekommande fall)	<input type="text"/>
Diagnosdatum (Datum då patienten meddelades diagnosen)	<input type="text"/>

ÅÅÅÅMMDD

1.6 Läkemedel som patienten behandlas med i samband med att demensdiagnosen sätts

(Pågående och nyinsatt)

Antal läkemedel som patienten regelbundet behandlas med (ej vb-mediciner).	Antal läkemedel		Vet ej
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
(Specificera om patienten behandlas regelbundet eller ej med följande läkemedel när diagnosen sätts. De läkemedel som återfinns i FASS räknas in i antalet ovan).			
	Nej	Ja	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"/>
(T ex blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetesläkemedel, läkemedel vid kärlkramp.)			
Antidepressiva medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykosmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångstdämpande	<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"/>

1.7 Körkort/skjutvapen

	Nej	Ja	Vet ej
Har patienten körkort? (Om "Nej" behöver ej de två följande frågorna besvaras.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har överenskommelse slutits med patienten om bilkörning? (Bedömning av patientens lämplighet som bilförare har gjorts och diskuterats med patienten. Svara även "Ja" om patienten har körkort men inte kör bil längre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, har avråtts från bilkörning	<input type="checkbox"/> Ja, kan forts. köra bil t.v.
Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten skjutvapen? (Bekräftat innehav eller misstanke. Om "Nej" behöver ej de två följande frågorna besvaras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är patienten olämplig att inneha skjutvapen? (Risk att skada sig själv/andra eller risk att inte följa regler för förvaring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har anmälan gjorts till polisen angående skjutvapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.8 Initiativ till stödinsatser för patienten av utredande enhet

	Nej	Ja	Vet ej
Kontakt med biståndshandläggare (Svara även "Ja" om du initierar kontakt med en annan befattning inom kommunen t ex demenssjuksköterska och det finns fastställda rutiner att han/hon vidarebefordrar informationen till biståndshandläggaren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insatser av kurator (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöd till anhöriga (Erbjudits stödsamtal, utbildning eller liknande. Anhöriga har fått skriftlig information om vart de kan vända sig för att få stöd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Uppföljande vårdenhet

Fortsatt uppföljning kommer att ske vid följande vårdenhet:
