

## Uppföljning primärvård

Personnummer:

Datum för uppföljning _____ ÅÅÅÅMMDD																
<b>Boendeform</b> <input type="checkbox"/> Ordinärt boende (Servicehus = ordinärt boende) <input type="checkbox"/> Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom <input type="checkbox"/> Särskilt boende, tillfälligt (Tex växelvärd, avlastnings-/korttidsboende.) <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Särskilt boende, permanent																
<b>Boendeförhållande</b> <input type="checkbox"/> Sammanboende (Med annan vuxen.) <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Global bedömning</b> (Avser kognition, ADL alternativt (BPSD-symtom jämfört med föregående registrering.) <input type="checkbox"/> Förbättrat patienttillstånd <input type="checkbox"/> Oförändrat patienttillstånd <input type="checkbox"/> Försämrat patienttillstånd <input type="checkbox"/> Vet ej															
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Värde</td> <td>Ej testba</td> <td>Ej aktuellt</td> <td>Ej utför</td> </tr> <tr> <td>MMSE-SR/MMT</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RUDAS-S</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Värde	Ej testba	Ej aktuellt	Ej utför	MMSE-SR/MMT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUDAS-S	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Värde	Ej testba	Ej aktuellt	Ej utför												
MMSE-SR/MMT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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))																
<b>Kroppsvikt</b> (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor.) _____ kg <input type="checkbox"/> Vet ej																
<b>Kroppslängd</b> (Uppmätt, utan skor.) _____ cm <input type="checkbox"/> Vet ej																

**2.2 Diagnos** (Om demensdiagnosen ändrats sedan senaste registrering.)

<b>Ändring av demensdiagnos</b> (Avseende de kognitiva symtomen.) <input type="checkbox"/> Ja (Fortsätt fylla i avsnittet nedan och resten av formuläret.) <input type="checkbox"/> Oförändrad diagnos (fyll inte i resten av avsnittet, gå direkt till avsnittet 2.3) <input type="checkbox"/> Vet ej (gå till avsnittet 2.3)	
För att diagnosbegreppen skall vara så enhetliga som möjligt i registret måste kriterierna för demenssyndromet vara uppfyllda hos patienterna med demensdiagnos. Demenskriterierna får inte vara uppfyllda hos patienter med lindrig kognitiv störning (MCI). Orsaken till den lindriga kognitiva störningen anges inte.	
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.)	
Lindrig kognitiv störning (inkl MCI. Anges i de fall när demenskriterierna ej är uppfyllda.)	<input type="checkbox"/>
ICD-10 (Ange koden för diagnosen ovan)	<input type="text"/>
Tilläggs kod (G-kod anges i förekommande fall)	<input type="text"/>
Diagnosdatum (Datum när patienten meddelades diagnosen)	<input type="text"/>

## 2.3 Läkemedel som patienten behandlas med efter att eventuella justeringar gjorts i samband med uppföljningen (Pågående eller 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 vid uppföljningen. Läkemedlen 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 (Tex blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetes- läkemedel, läkemedel vid kärlkramp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykosmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångestdämpande	<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"/>

## 2.4 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja, har avrått från bilkörning	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"/>

## 2.5 Stödinsatser erhållna sedan senaste registrering

<p>Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst/ insatser enligt biståndsbeslut? Trygghetslarm registreras inte)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ej</p>	<p>Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ej specifikt anpassad för demenssjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, anpassad för demenssjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, anpassad för yngre med demenssjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ej</p>												
<p>Insatser av kurator (Avser stöd till patienten)</p> <p>Stöd enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd &lt; 65 år.)</p> <p>Stöd till anhöriga (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nej</th> <th>Ja</th> <th>Vet ej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nej	Ja	Vet ej	<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="checkbox"/>
Nej	Ja	Vet ej											
<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="checkbox"/>											

## 2.6 Diskussion angående värdet av neuropatologi

	Nej	Ja	Vet ej
<p>Har värdet av neuropatologi diskuterats? (Har möjligheterna till uppföljande diagnostik genom en neuropatologisk undersökning av hjärnan efter döden diskuterats med patienten/anhöriga?)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.7 Uppföljande vårdenhet

Fortsatt uppföljning kommer att ske vid följande vårdenhet

\_\_\_\_\_