

Uppföljning specialistvård

Personnummer:

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅMMDD

Boendeform

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

Boendeförhållande

- Sammanboende (Med annan vuxen.)
 Ensamboende
 Vet ej

Global bedömning (Avser kognition, ADL alternativt BPSD-symtom jämfört med föregående registrering.)

- Förbättrat patienttillstånd
 Oförändrat patienttillstånd
 Försämrat patienttillstånd
 Vet ej

Värde Ej testba Ej aktuellt Ej utfört

MMSE-SR/MMT

MoCA

(Kognitivt screeningtest vid mild kognitiv svikt.)

RUDAS-S

(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)

Kroppsvikt (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor.) _____ kg

Vet ej

Kroppslängd (Uppmätt, utan skor.) _____ cm

Vet ej

2.2 Diagnos

(Om demensdiagnosen ändrats sedan senaste registrering.)

Ändring av demensdiagnos (Avseende de kognitiva symtomen.)

- Ja (Fortsätt fylla i avsnittet nedan och resten av formuläret.)
 Oförändrad diagnos (fyll inte i resten av avsnittet, gå direkt till avsnittet 2.3)
 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. Demensskriterierna 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.) Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut Mix demens vid Alzheimers sjukdom - Vaskulär demens Vaskulär demens (Inkl subkortikal vaskulär demens. Vaskulär demens ospecificerad =F01.9) Lewy body demens Frontotemporal demens Parkinsons sjukdom med demens Demens UNS Övrig (Demensdiagnos förutom ovanstående)

(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 demensskriterierna ej är uppfyllda.)

ICD-10 (Ange koden för diagnosen ovan)

Tilläggs kod (G-kod anges i förekommande fall)

Diagnosdatum (Datum när patienten meddelades diagnosen)

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"/>	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"/>

2.5 Stödinsatser erhållna sedan senaste registrering

Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst/ insatser enligt biståndsbeslut? Trygghetslarm registreras inte)	Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?)				
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ej specifikt anpassad för demenssjukdom <input type="checkbox"/> Ja, anpassad för demenssjukdom <input type="checkbox"/> Ja, anpassad för yngre med demenssjukdom <input type="checkbox"/> Vet ej				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="text-align: center;">Nej</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Vet ej</td> </tr> </table>		Nej	Ja	Vet ej
	Nej	Ja	Vet ej		
Insatser av kurator (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej				
Stöd enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd < 65 år.)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej				
Stöd till anhöriga (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej				

2.6 Diskussion angående värdet av neuropatologi

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

2.7 Uppföljande vårdenhet

Fortsatt uppföljning kommer att ske vid följande vårdenhet:
