

Namn \_\_\_\_\_  
Personnummer \_\_\_\_\_

SveDem

## Grundregistrering specialistklinik

### Utredningsstart

Remissdatum eller kontaktdatum

Datum för påbörjad utredning

---

---

### Bakgrundsinformation

#### Boendeform

- ☐ Ordinärt boende
- ☐ Särskilt boende, tillfälligt
- ☐ Särskilt boende, permanent
- ☐ Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom
- ☐ Vet ej

#### Boendeförhållande

- ☐ Sammanboende med annan vuxen.
- ☐ Ensamboende
- ☐ Vet ej

**Ja**

**Nej**

**Vet ej**

Barn under 18 år i hemmet

☐☐☐

#### 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

**Ja**

**Nej**

**Vet ej**

Hemtjänst i dagsläget

☐☐☐

Stöd enligt LSS i dagsläget

☐☐☐

Kroppslängd i cm

---

cm

☐ **Vet ej**

Kroppsvikt

---

kg

☐ **Vet ej**

### Ärftlighet

*Familjär förekomst, släkting vars glömska uppmärksammas som ett problem?*

**Ja**

**Ingen känd**

**Vet ej**

Första gradens biologiska släkting

☐☐☐

Andra gradens biologiska släkting

☐☐☐

Namn\_\_\_\_\_

SveDem

Personnummer\_\_\_\_\_

**Utredningens innehåll**

|         |                      |                          |            |                          |           |                                      |
|---------|----------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------------------|
| MMSE-SR | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Ej testbar | <input type="checkbox"/> | Ej utfört |                                      |
| MoCA    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Ej testbar | <input type="checkbox"/> | Ej utfört |                                      |
| RUDAS-S | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Ej testbar | <input type="checkbox"/> | Ej utfört | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |

|            |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|
|            | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
| Klocktest  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blodprover | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CT         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

|                                |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| Medial temporallobsatrofi, 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"/> |                          |

|    |                          |                          |
|----|--------------------------|--------------------------|
|    | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
| MR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

|                                |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| Medial temporallobsatrofi, 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"/> |                          |

|                                  |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
| FDG-PET                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Isotopundersökning dopaminsystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LP                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vid JA -ej obligatoriskt

|       |                      |       |                      |       |                      |          |                      |
|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|----------|----------------------|
| T-Tau | <input type="text"/> | P-Tau | <input type="text"/> | Aβ 42 | <input type="text"/> | Aβ 42/40 | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|----------|----------------------|

|                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                             | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
| EEG                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbetsterapeutisk bedömning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Namn \_\_\_\_\_

SveDem

Personnummer \_\_\_\_\_

**Ja**

**Nej**

Funktions- och aktivitetsbedömning utförd med hjälp

☐
☐

av bedömningsinstrument

Vid JA, bedömningsresultat - ej obligatoriskt

- ☐ 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 aktivitetsutförande – Fler problem observeras och resultatet blir inte som förväntat.
- ☐ Stor nedsättning av aktivitetsutförandet – Behöver hjälp av annan person för att starta upp/genomföra .  
aktiviteten.

**Ja**

**Nej**

Fysioterapeutisk bedömning

☐
☐

Logopedisk bedömning

☐
☐

Neuropsykologisk utredning

☐
☐

## Diagnos

Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut

☐

Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut

☐

Blanddemens vid Alzheimers sjukdo -Vaskulär demens

☐

Vaskulär demens (inkl subkortikal vaskulär demens)

☐

Lewy body demens

☐

Frontotemporal demens

☐

Frontotemporal demens specifiering

G31.0

ospecificerad-förvald när man väljer FTD

G31.0

beteendevariant

G31.0

semantisk demens

G31.0

progressiv icke-flytande afasi (PFNA)

G12.2 G31. Motorneuronsjukdom

Demens vid Parkinsons sjukdom

☐

Demens UNS

☐

Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)

☐

Lindrig kognitiv störning

☐

ICD-10 diagnoskod

\_\_\_\_\_

Tilläggskod

\_\_\_\_\_

Diagnosdatum

ååååmmdd

\_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_  
Personnummer \_\_\_\_\_

SveDem

## Kommentar om 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

## 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"/> |
| Ångestdämpande 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"/> |

Namn \_\_\_\_\_  
Personnummer \_\_\_\_\_

SveDem

### Körkort och skjutvapen

**Ja** **Nej** **Vet ej**

Har personen körkort?

☐ ☐ ☐

Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?

Ja, har avråtts

Ja, kan forts.

från bilkörning

köra bil t.v. **Nej**

**Vet ej**

☐ ☐ ☐ ☐

**Ja** **Nej** **Vet ej**

Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet?

☐ ☐ ☐

Har personen skjutvapen?

☐ ☐ ☐

Är personen olämplig att inneha skjutvapen?

☐ ☐ ☐

Har anmälan gjorts till polisen om skjutvapen?

☐ ☐ ☐

### Initiativ av stödinsatser

**Ja** **Nej**

Personen har erbjudits stöd

☐ ☐

Kontakt med biståndshandläggare

☐ ☐

Kontakt med demenssjuksköterska

☐ ☐ ☐

eller annan samordningsfunktion

Nej demenssjuksköterska  
eller annan  
samordningsfunktion  
saknas

**Ja** **Nej**

Insatser av kurator

☐ ☐

Kognitiva hjälpmedel har erbjudits

☐ ☐

Stöd till anhöriga

☐ ☐ ☐

Anhörig saknas