

Namn _____
 Personnummer _____

Uppföljning primärvård

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅMMDD

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**

Kognitiv bedömning

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

Global bedömning

- Förbättrat patienttillstånd
 Oförändrat patienttillstånd
 Försämrat patienttillstånd
 Vet ej

Diagnos

- Ändring av diagnos Ja (Fyll i ny diagnos nedan)
 Oförändrad diagnos
 Vet ej

Vid ändring av diagnos, fyll i ny diagnos nedan

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

Demens vid Parkinsons sjukdom

Demens UNS

Övrig (Demensdiagnos förutom ovanstående.)

Lindrig kognitiv störning

Frontotemporal demens specificering

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.f Motorneuronsjukdom

ICD-10 diagnoskod

Tilläggskod

Diagnosdatum

ÅÅÅÅMMDD

Namn _____
 Personnummer _____

Läkemedel

Läkemedel som personen behandlas med efter att eventuella justeringar gjorts i samband med uppföljningen (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

| | Ja | Nej | Vet ej |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Har personen körkort? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ja, har avrått Ja, kan forts. från bilkörning köra bil t.v. | |
| Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har personen skjutvapen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Är personen olämplig att inneha skjutvapen? | <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"/> |

Erhållna stödinsatser

| | Ja | Nej | Tackat nej | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Personen har fått det stöd som önskats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nej | Tackat nej | Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas |
| Kontakt har etablerats med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nej | Tackat nej | Vet ej |
| Erhållit insatser av kurator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhållit kognitiva hjälpmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nej | Ej aktuellt | Vet ej |
| Anhöriga har fått stöd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samordnad individuell plan (SIP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Anhörig saknas |

Neuropatologi

| | Ja | Nej | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Har värdet av neuropatologi diskuterats? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |