

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning specialistvård

Uppföljning

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

Bakgrundsinformation

Boendeform

- Ordinärt boende
- Särskilt boende, tillfälligt
- Särskilt boende, permanent (fortsätt vid längd och vikt)
- Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom (fortsätt vid längd och vikt)
- Vet ej

Boendeförhållande

- Sammanboende med annan vuxen
- Ensamboende
- Vet ej

Barn under 18 i hemmet Ja Nej Vet ej

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

Hemtjänst i dagsläget Ja Nej Vet ejStöd enligt LSS i dagsläget Ja Nej Vet ejKroppslängd (i cm) _____ cm Vet ejKroppsvikt _____ kg Vet ej

Namn _____

Personnummer _____

Kognitiv bedömningMMSE-SR Ej testbar Ej utförtMoCA Ej testbar Ej utförtRUDA-S Ej testbar Ej utfört Ej aktuellt
(uppfyller ej kriterierna)**Global bedömning**

- Förbättrat patienttillstånd
- Oförändrat patienttillstånd
- Försämrat patienttillstånd
- Vet ej

DiagnosÄndring av diagnos? Ja - fyll i diagnos nedan oförändrad diagnos - gå till läkemedel

- 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 - Valfritt att fylla i specificering:
 - ospecificerad (förvald i SveDem om man väljer FTD)
 - beteendevariant
 - semantisk demens
 - progressiv icke-flytande afasi (PFNA)
 - Motoneuronsjukdom
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Demens UNS
- Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)
- Lindrig kognitiv störning - fyll i tilläggs kod:
 - Ospecificerad
 - G30.0 Alzhimers sjukdom med tidig debut
 - G30.1 Alzhimers sjukdom med sen debut
 - G31.0 Pannlobstyp
 - 631.8 Lewybodytyp
 - Vaskulär typ
 - G20.9 Parkinsonstyp
 - Skadligt bruk/beroende av alkohol eller andra substanser

ICD-10 diagnoskod _____

Tilläggs kod _____

Diagnosdatum _____ (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Namn _____

Personnummer _____

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		
	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"/>

Riskbedömningar (valfritt att fylla i)

Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månader avseende:

- Fall riskbedömt Ja Nej
- Trycksår riskbedömt Ja Nej
- Undernäring riskbedömt Ja Nej
- Ohälsa i munnen, riskbedömt Ja Nej

Körkort

Har personen körkort? Ja Nej Vet ej

Vid Ja, vänligen fyll i:

Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?

- Ja, har avråtts från bilkörning [välj detta alternativ om personen har körkort som enda id]
- Ja, kan fortsätta köra bil tills vidare

Har transportstyrelsen kontaktats om körkortet?

- Ja Nej Vet ej

Namn _____

Personnummer _____

Skjutvapen

Har personen skjutvapen?

Vid Ja, vänligen fyll i: Ja Nej Vet ej

Är personen olämplig att inneha skjutvapen?

Ja Nej Vet ej

Har anmälan gjorts till polisen angående skjutvapen?

Ja Nej Vet ej

Erhållna stödinsatser

Personen har fått det stöd som önskats

Ja Nej Tackat nej Vet ej

Kontakt har etablerats med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion

Ja Nej Tackat nej Vet ej Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas

Erhållit insatser av kurator

Ja Nej Tackat nej Vet ej

Erhållit kognitiva hjälpmedel

Ja Nej Ej aktuellt Tackat nej Vet ej

Anhöriga har fått stöd

Ja Nej Tackat nej Anhörig saknas Vet ej

Ska personen fortsätta att följas på enheten? Ja Nej

(denna fråga finns inte i SveDem - den är endast till hjälp för enheten)