

Grundregistrering primärvård

Typ av personnummer	<input type="checkbox"/>	Svenskt
	<input type="checkbox"/>	Annat (Välj endast om personen inte har ett svenskt personnummer)
1.1 Utredningsstart		
Ej tillämbart	<input type="checkbox"/>	
(tex patient som tidigare utretts och ej fått demensdiagnos men följts på kliniken och nu erhållit demensdiagnos utan att ny fullständig utredning gjorts. Kan användas även om patienten själv skjuter fram utredningsstart mer än 30 dagar)		
Datum för påbörjad utredning	_____	_____
(Datum för första insats som görs på mottagning alt hembesök, oberoende yrkeskategori)	ÅÅÅÅ	MMDD

1.2 Bakgrundsinformation vid utredningsstart

Kroppsvikt (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor)	_____ kg	<input type="checkbox"/>	Vet ej
Kroppslängd (Uppmätt, utan skor)	_____ cm	<input type="checkbox"/>	Vet ej
Boendeform			
<input type="checkbox"/>	Ordinärt boende (Servicehus = eget boende)	<input type="checkbox"/>	Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom
<input type="checkbox"/>	Särskilt boende, tillfälligt (tex växelvård, avlastnings-/korttidsboende)	<input type="checkbox"/>	Vet ej
<input type="checkbox"/>	Särskilt boende, permanent		
Boendeförhållande		Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?)	
<input type="checkbox"/>	Sammanboende (Med annan vuxen)	<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Ensamboende	<input type="checkbox"/>	Ja, ej specifikt anpassad för demenssjukdom
<input type="checkbox"/>	Vet ej	<input type="checkbox"/>	Ja, anpassad för demenssjukdom
		<input type="checkbox"/>	Ja, anpassad för yngre med demenssjukdom
		<input type="checkbox"/>	Vet ej
Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst? Gäller insatser som kräver biståndsbeslut. Trygghetslarm registreras inte.)			
<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja
		<input type="checkbox"/>	Vet ej

1.3 Hereditet för demenssjukdom

(Familjär förekomst kryssa för släkting vars glömska uppmärksammats som ett problem.)

Första gradens biologiska släkting				Andra gradens biologiska släkting			
(Förälder, syskon, barn. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).				(Mor-/farförälder, förälders syskon, syskonbarn, halvsyskon. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).			
Nej	Ja	Ingen känd	Vet ej	Nej	Ja	Ingen känd	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"/>

1.4 Utredning (Ange genomförda undersökningar avsedda som underlag för diagnoser med inriktning på kognitiva problem)

	Värde	Ej testbar	Ej aktuellt	Ej utfört
MMSE-SR/MMT	<input type="text"/>	<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)				
	Nej	Ja	Vet ej	
Klocktest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodkemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Kalcium och TSH samt homocystein. B12 och folat kan ersätta homosystein)				
LP (Lumbalpunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Datortomografi av hjärnan, skall registreras här oberoende av om den gjorts.)				
MR (Magnetresonanstomografi av hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Isotopundersökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Isotopundersökning av hjärnan, tex SPECT, DaTSCAN, PET)				
EEG (Electroencefalografi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbetsterapeutisk bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Registreras om patienten bedömts av arbetsterapeut.)				
Fysioterapeutisk bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Registreras om patienten bedömts av fysioterapeut.)				
Logopedisk bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Registreras endast om logoped bedömt den språkliga förmågan.)				
Neuropsykologisk bedömning (Av psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.5 Diagnos (Kognitiva problem)

(Kryssa för en av följande diagnoser. För att diagnosbegreppen skall vara så enhetliga som möjligt i registret måste kriterierna för demenssyndromet vara uppfyllda hos patient med demensdiagnos).

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.)	

ICD-10 (Ange koden för diagnosen ovan)	
Tilläggskod (G-kod anges i förekommande fall)	
Diagnosdatum (Datum då patienten meddelades diagnosen)	
	ÅÅÅÅMMDD

1.6 Läkemedel som patienten behandlas med i samband med att demensdiagnosen sätts (Pågående och 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 när diagnosen sätts. De läkemedel som återfinns i FASS 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, diabetesläkemedel, 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"/>

1.7 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 denne. Svara "Ja" om patienten har körkort men inte kör bil längre.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja, har avråtts 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"/>

1.8 Initiativ till stödinsatser för patienten av utredande enhet

	Nej	Ja	Vet ej
Kontakt med biståndshandläggare (Svara även "Ja" om du initierar kontakt med en annan befattning inom kommunen t ex demenssjuksköterska och det finns fastställda rutiner att han/hon vidarebefordrar informationen till biståndshandläggaren.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insatser av kurator (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöd till anhöriga (Erbjudits stödsamtal, utbildning eller liknande. Anhöriga har fått skriftlig information om vart de kan vända sig för att få stöd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Uppföljande vårdenhet

Fortsatt uppföljning kommer att ske vid följande vårdenhet:

Uppföljning primärvård

Personnummer:

Datum för uppföljning		_____	
		ÅÅÅÅMMDD	
Boendeform			
<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 växelvård, avlastnings-/korttidsboende.)	<input type="checkbox"/> Vet ej		
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, permanent			
Boendeförhållande		Global bedömning (Avser kognition, ADL alternativt (BPSD-symtom jämfört med föregående registrering.)	
<input type="checkbox"/> Sammanboende (Med annan vuxen.)	<input type="checkbox"/> Förbättrat patienttillstånd		
<input type="checkbox"/> Ensamboende	<input type="checkbox"/> Oförändrat patienttillstånd		
<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Försämrat patienttillstånd		
	<input type="checkbox"/> Vet ej		
		Värde	Ej testbar
MMSE-SR/MMT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ej aktuellt
			Ej utfört
RUDAS-S	<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)			
Kroppsvikt (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor.)	_____ kg	<input type="checkbox"/>	Vet ej
Kroppslängd (Uppmätt, utan skor.)	_____ cm	<input type="checkbox"/>	Vet ej

2.2 Diagnos (Om demensdiagnosen ändrats sedan senaste registrering.)

Ändring av demensdiagnos (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. 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.)	<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 demensskriterierna ej är uppfyllda.)	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja, har avråtts 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

Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst/ insatser enligt biståndsbeslut? Trygghetslarm registreras inte.) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej	Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?) <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
	Nej Ja Vet ej
Insatser av kurator (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stöd enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd < 65 år.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stöd till anhöriga (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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
