

## Grundregistrering specialistklinik

Typ av personnummer  Svenskt  
 Annat (Välj endast om personen inte har ett svenskt personnummer)

### 1.1 Utredningsstart

Ej tillämbart

(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)

Remissdatum/kontaktdatum

(Datum då vårdgivare kontaktats alt remissdatum.)

\_\_\_\_\_

ÅÅÅÅMMDD

Datum för påbörjad utredning

(Datum för första insats som görs på mottagning alt hembesök, oberoende yrkeskategori) ÅÅÅÅMMDD

### 1.2 Bakgrundsinformation vid utredningsstart

Kroppsvikt (Uppmätt, utan ytterkläder, kavaj, skor) \_\_\_\_\_ kg  Vet ej

Kroppslängd (Uppmätt, utan skor) \_\_\_\_\_ cm  Vet ej

Boendeform

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

Boendeförhållande

- Sammanboende (Med annan vuxen)
- Ensamboende
- Vet ej

Dagverksamhet (Har patienten i dagsläget dagverksamhet?)

- Nej
- Ja, ej specifikt anpassad för demenssjukdom
- Ja, anpassad för demenssjukdom
- Ja, anpassad för yngre med demenssjukdom
- Vet ej

Hemtjänst (Har patienten i dagsläget hemtjänst? Gäller insatser som kräver biståndsbeslut. Trygghetslarm registreras inte.)

- Nej  Ja  Vet ej

### 1.3 Hereditet för demenssjukdom

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

Första gradens biologiska släkting

(Förälder, syskon, barn. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).

- Nej Ja Ingen känd Vet ej
- 

Andra gradens biologiska släkting

(Mor-/farförälder, förälders syskon, syskonbarn, halvsyskon. Svara "Vet ej" endast om frågan inte ställts).

- Nej Ja Ingen känd Vet ej
-

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

(Registrera även in de undersökningar som primärvården gjort i den basala demensutredningen.)

Basal demensutredning gjord på annan enhet (CT, lab, MMSE-SR/ MMT och klocktest. Dessa undersökningar skall registreras nedan som genomförda undersökningar).			Typ av enhet som gjort basal demensutredning			
Nej <input type="checkbox"/>	Helt <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enhet inom SveDem (ange vilken) _____		
			<input type="checkbox"/>	Primärvårdsenhet utanför SveDem		
			<input type="checkbox"/>	Annan vårdenhet utanför SveDem		
MMSE-SR/MMT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MoCA (Kognitivt screeningtest vid mild kognitiv svikt.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUDAS-S (Alternativt 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)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Ja	Vet ej		
Klocktest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodkemi (Kalcium och TSH samt homosystemin. B12 och folat kan ersätta homosystemin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LP (Lumbalpunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT (Datortomografi av hjärnan, ska registreras här oberoende av vem som gjort den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MR (Magnetresonanstomografi av hjärnan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isotopundersökning (Isotopundersökning av hjärnan tex SPECT, DaTSCAN, PET)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EEG (Electroencefalografi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeutisk bedömning (Registreras om patienten bedömts av arbetsterapeut.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeutisk bedömning (Registreras om patienten bedömts av fysioterapeut.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedisk bedömning (Registreras endast om logoped bedömt den språkliga förmågan.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsykologisk bedömning (Av psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="text"/>
Tilläggs kod (G-kod anges i förekommande fall)	<input type="text"/>
Diagnosdatum (Datum då patienten meddelades diagnosen)	<input type="text"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(T ex blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetesläkemedel, läkemedel vid kärlkramp.)			
Antidepressiva medel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsykosmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångstdämpande	<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 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 avrättats 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 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)  Vet ej
- Särskilt boende, permanent

## 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 testbar 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ja, har avrått Ja, kan forts. från bilkörnin, 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**

<b>Hemtjänst</b> (Har patienten i dagsläget hemtjänst/ insatser enligt biståndsbeslut? Trygghetslarm registreras inte.)  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Dagverksamhet</b> (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															
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nej</th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Vet ej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Insatser av kurator</b> (Avser stöd till patienten)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Stöd enligt LSS</b> (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd &lt; 65 år.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Stöd till anhöriga</b> (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nej	Ja	Vet ej	<b>Insatser av kurator</b> (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Stöd enligt LSS</b> (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd < 65 år.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Stöd till anhöriga</b> (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	Ja	Vet ej													
<b>Insatser av kurator</b> (Avser stöd till patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<b>Stöd enligt LSS</b> (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, innefattar stöd < 65 år.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<b>Stöd till anhöriga</b> (Erhållet tex stödsamtal, utbildning eller liknande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

**2.6 Diskussion angående värdet av neuropatologi**

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

**2.7 Uppföljande vårdenhet**

Fortsatt uppföljning kommer att ske vid följande vårdenhet:

\_\_\_\_\_