

Namn _____

Personnummer _____

Grundregistrering primärvård

Utredningsstart

Remissdatum eller kontaktdatum _____ Okänt datumDatum för påbörjad utredning _____ Okänt datum**Kommentar till väntetid** (fylls i om väntetid för utredningsstart är mer än 30 dagar)

- Väntetid enligt plan
- Patienten har erbjudits tid inom 30 dagar men har själv skjutit upp utredningsstart
- Enheten har inte haft möjlighet att erbjuda utredningsstart inom 30 dagar

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 _____

Ärftlighet (Ingen känd = ingen känd för patienten. Vet ej = om frågan ej ställts till patienten)

	Ja	Ingen känd	Vet ej
Första gradens biologiska släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra gradens biologiska släkting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UtredningMMSE-SR Ej testbar Ej utförtMoCA Ej testbar Ej utförtRUDA-S Ej testbar Ej utfört Ej aktuellt (uppfyller ej krakterierna)**Klocktest** Ja Nej**Blodprover** Ja Nej**CT** Ja NejVid Ja - visuell uppskattning av hjärnatrofi (**valfritt att fylla i**)

	0	1	2	3	4
Medial temporallobatrofi, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Fazekas vitsubstansgradering	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

MR Ja NejVid Ja - visuell uppskattning av hjärnatrofi (**valfritt att fylla i**)

	0	1	2	3	4
Medial temporallobatrofi, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Fazekas vitsubstansgradering	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

FDG-PET Ja Nej**Isotopundersökning dopaminsystem** Ja Nej**LP** Ja NejVid Ja - (**valfritt att fylla i**)

T-Tau	<input type="text"/>
P-Tau	<input type="text"/>
A β 42	<input type="text"/>
A β 42/40	<input type="text"/>

Namn _____

Personnummer _____

EEG Ja Nej**Arbetsterapeutisk bedömning**

- Ja
- Nej

Funktions- och aktivitetsbedömning utförd med hjälp av bedömningsinstrument

- Ja
- Nej

Vid Ja på utförd funktions- och aktivitetsbedömning:**Bedömningsresultat (valfritt att fylla i)**

- 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.

En arbetsterapeut har utfört en strukturerad aktivitetsbedömning

- Ja
- Nej

Fysioterapeutisk bedömning

- Ja
- Nej

Logopedisk bedömning

- Ja
- Nej

Neuropsykiatrisk utredning

- Ja
- Nej

Namn _____

Personnummer _____

Diagnos

- 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)
 - Motorneuronsjukdom
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Demens UNS
- Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)
- Lindrig kognitiv störning - fyll i tilläggskod:
 - 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 _____

Tilläggskod _____

Diagnosdatum _____
ååååmmdd

Kommentar till 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

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 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

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 endast har körkort som ID-handling)
- Utdragna väntetider för undersökningar
- Ja, kan fortsätta köra bil tills vidare
- Utdragna väntetider för undersökningar

Har transportstyrelsen kontaktats om körkortet?

Ja Nej Vet ej

Har personen skjutvapen? Ja Nej Vet ej

Vid Ja, vänligen fyll i:

Är personen olämplig att inneha skjutvapen?

Ja Nej Vet ej

Har anmälan gjorts till polisen angående skjutvapen?

Ja Nej Vet ej

Namn _____

Personnummer _____

Initiativ till stödinsatser av utredande enhet

Personen har erbjudits stöd

 Ja Nej

Kontakt med biståndshandläggare

 Ja Nej Ej aktuellt

Kontakt med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion

 Ja Nej Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas

Insatser av kurator

 Ja Nej

Kognitiva hjälpmedel har erbjudits

 Ja Nej Ej aktuellt

Stöd till anhöriga

 Ja Nej Anhörig saknas

Samordnad individuell plan (SIP)

 Ja Nej Ej aktuellt Vet ej

Ska personen fortsätta att följas på enheten? Ja Nej

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