

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

## Grundregistrering specialistvård

### 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 ej

**Stöd enligt LSS i dagsläget**    Ja    Nej    Vet ej

**Kroppslängd (i cm)** \_\_\_\_\_ **cm**    Vet ej

**Kroppsvikt** \_\_\_\_\_ **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"/>

**Utredning**MMSE-SR   Ej testbar  Ej utförtMoCA   Ej testbar  Ej utförtRUDA-S   Ej testbar  Ej utfört  Ej aktuellt  
(uppfyller ej kriterierna)Klocktest  Ja  NejBlodprover  Ja  NejCT  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"/>	
Fazekas vitsubstansgradering	<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"/>	

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"/>	
Fazekas vitsubstansgradering	<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"/>	

FDG-PET  Ja  NejIsotopundersökning dopaminsystem  Ja  NejLP  Ja  NejVid Ja - (**valfritt att fylla i**)

T-Tau	<input type="text"/>
P-Tau	<input type="text"/>
A $\beta$ 42	<input type="text"/>
A $\beta$ 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)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normalt aktivitetsutförande                | – Inga eller få problem observeras i aktivitet.                           |
| <input type="checkbox"/> Lätt nedsättning av aktivitetsutförande    | – Fler problem observeras men personen själv kan lösa dem.                |
| <input type="checkbox"/> Måttlig nedsättning av aktivitetsutförande | – Fler problem observeras och resultatet blir inte som förväntat.         |
| <input type="checkbox"/> 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 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 \_\_\_\_\_  
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

Ska personen fortsätta att följas på enheten?  Ja  Nej

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