

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	☐	☐	☐
Andra gradens biologiska släkting	☐	☐	☐

Utredning

Fyll i alla undersökningar som använts till underlag för att sätta diagnos, oavsett var de har utförts

MMSE-SR		☐ Ej testbar	☐ Ej utfört	
MMSE-NR3		☐ Ej testbar	☐ Ej utfört	
MoCA		☐ Ej testbar	☐ Ej utfört	
RUDA-S		☐ Ej testbar	☐ Ej utfört	☐ Ej aktuellt (uppfyller ej kriterierna)

Klocktest ☐ Ja ☐ Nej**Blodprover** ☐ Ja ☐ Nej**CT** ☐ Ja ☐ NejVid Ja - visuell uppskattning av hjärnatrofi (**valfritt att fylla i**)

	0	1	2	3	4
Medial temporallobsatrofi, MTA	☐	☐	☐	☐	☐
Global cortical atrofi, GCA	☐	☐	☐	☐	
Fazekas vitsubstansgradering	☐	☐	☐	☐	
Posterior/parietal atrofi, PA	☐	☐	☐	☐	

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

	0	1	2	3	4
Medial temporallobsatrofi, MTA	☐	☐	☐	☐	☐
Global cortical atrofi, GCA	☐	☐	☐	☐	
Fazekas vitsubstansgradering	☐	☐	☐	☐	
Posterior/parietal atrofi, PA	☐	☐	☐	☐	

FDG-PET ☐ Ja ☐ Nej**Isotopundersökning dopaminsystem** ☐ Ja ☐ Nej

Namn_____

Personnummer_____

LP ☐ Ja ☐ Nej

Vid Ja - (valfritt att fylla i)

T-Tau

P-Tau

Aβ 42

Aβ 42/40

EEG ☐ Ja ☐ Nej**Arbetsterapeutisk bedömning**

- ☐ Ja
☐ Nej

Funktions- och aktivitetsbedömning utförd med hjälp av bedömningsinstrument

- ☐ Ja
☐ Nej

Vid Ja på utförd funktions- och aktivitetsbedömning:**En arbetsterapeut har utfört en strukturerad aktivitetsbedömning**

- ☐ Ja
☐ Nej

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. |

Fysioterapeutisk bedömning

- ☐ Ja
☐ Nej

Logopedisk bedömning

- ☐ Ja
☐ Nej

Neuropsykologisk 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	☐	☐	☐
NMDA-antagonist	☐	☐	☐
Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer	☐	☐	☐
Antidepressiva läkemedel	☐	☐	☐
Antipsykosmedel	☐	☐	☐
Ångstdämpande läkemedel	☐	☐	☐
Sömnmedel	☐	☐	☐
Analgetika	☐	☐	☐

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 har körkort som enda id]
☐ Ja, kan fortsätta köra bil tills vidare

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)