

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Grundregistrering primärvård

Utredningsstart

Remissdatum eller kontaktdatum

Datum för påbörjad utredning

Bakgrundsinformation

Boendeform

- Ordinärt boende
- Särskilt boende, tillfälligt
- Särskilt boende, permanent
- Permanent särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom
- Vet ej

Boendeförhållande

- Sammanboende med annan vuxen.
- Ensamboende
- Vet ej

	Ja	Nej	Vet ej
Barn under 18 år i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Ja	Nej	Vet ej
Hemtjänst i dagsläget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöd enligt LSS i dagsläget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kroppslängd i cm _____ cm Vet ej

Kroppsvikt _____ kg Vet ej

Ärftlighet

Familjär förekomst, släkting vars glömska uppmärksammas som ett problem?

	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"/>

Namn _____
Personnummer _____

SveDem

Utredningens innehåll

MMSE-SR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	
MoCA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	
RUDAS-S	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt

	Ja	Nej
Klocktest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

	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"/>	

	Ja	Nej
MR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

	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"/>	

	Ja	Nej
FDG-PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isotopundersökning dopaminsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid JA -ej obligatoriskt

T-Tau P-Tau A β 42 A β 42/40

	Ja	Nej
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeutisk bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Ja

Nej

Funktions- och aktivitetsbedömning utförd med hjälp

av bedömningsinstrument

Vid JA, bedömningsresultat - ej obligatoriskt

- 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.

Ja

Nej

Fysioterapeutisk bedömning

Logopedisk bedömning

Neuropsykologisk utredning

Diagnos

Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut

Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut

Blanddemens vid Alzheimers sjukdo -Vaskulär demens

Vaskulär demens (inkl subkortikal vaskulär demens)

Lewy body demens

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens specificering (valfritt) G31.0 ospecificerad-förvald när man väljer FTD

G31.0 beteendevariant

G31.0 semantisk demens

G31.0 progressiv icke-flytande afasi (PFNA)

G12.2 G31. Motorneuronsjukdom

Demens vid Parkinsons sjukdom

Demens UNS

Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående)

ICD-10 diagnoskod

Tilläggskod

Diagnosdatum

ååååmmdd

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Kommentar om 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

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"/>
Ångestdämpande 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"/>

Namn _____
Personnummer _____

SveDem

Körkort och skjutvapen

Har personen körkort?

Ja	Nej	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?

Ja, har avrått från bilkörning	Ja, kan forts. köra bil t.v.	Nej	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet?

Ja	Nej	Vet ej
----	-----	--------

Har personen skjutvapen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Är personen olämplig att inneha skjutvapen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Har anmälan gjorts till polisen om skjutvapen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Initiativ av stödinsatser

Personen har erbjudits stöd

Ja	Nej
----	-----

Kontakt med biståndshandläggare

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Kontakt med demenssjuksköterska
eller annan samordningsfunktion

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nej demenssjuksköterska
eller annan
samordningsfunktion
saknas

Insatser av kurator

Ja	Nej
----	-----

Kognitiva hjälpmedel har erbjudits

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Stöd till anhöriga

Ja	Nej	Anhörig saknas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samordnad individuell plan (SIP)

Ja	Nej	Ej aktuellt	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uppföljning

Ska personen fortsätta att följas på enheten?

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>