

Namn _____
Personnummer _____

SveDem

Grundregistrering specialistklinik

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

☐☐☐

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

☐☐☐

Stöd enligt LSS i dagsläget

☐☐☐

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

☐☐☐

Andra gradens biologiska släkting

☐☐☐

Namn_____

SveDem

Personnummer_____

Utredningens innehåll

MMSE-SR		☐	Ej testbar	☐	Ej utfört	
MoCA		☐	Ej testbar	☐	Ej utfört	
RUDAS-S		☐	Ej testbar	☐	Ej utfört	☐ Ej aktuellt

	Ja	Nej
Klocktest	☐	☐
Blodprover	☐	☐
CT	☐	☐

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

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

	Ja	Nej
MR	☐	☐

Vid JA, - Visuell uppskattning av hjärnatrofi - ej obligatoriskt

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

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

Vid JA -ej obligatoriskt

T-Tau		P-Tau		Aβ 42		Aβ 42/40	
-------	----------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	----------	----------------------

	Ja	Nej
EEG	☐	☐
Arbetsterapeutisk bedömning	☐	☐

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)

☐

Lindrig kognitiv störning

☐

ICD-10 diagnoskod

Tilläggskod

Diagnosdatum

ååååmmdd

Namn _____
Personnummer _____

SveDem

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

Namn _____
Personnummer _____

SveDem

Körkort och skjutvapen

Ja **Nej** **Vet ej**

Har personen körkort?

☐ ☐ ☐

Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?

Ja, har avråtts

Ja, kan forts.

från bilkörning

köra bil t.v. **Nej**

Vet ej

☐ ☐ ☐ ☐

Ja **Nej** **Vet ej**

Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet?

☐ ☐ ☐

Har personen skjutvapen?

☐ ☐ ☐

Är personen olämplig att inneha skjutvapen?

☐ ☐ ☐

Har anmälan gjorts till polisen om skjutvapen?

☐ ☐ ☐

Initiativ av stödinsatser

Ja **Nej**

Personen har erbjudits stöd

☐ ☐

Kontakt med biståndshandläggare

☐ ☐

Kontakt med demenssjuksköterska

☐ ☐ ☐

eller annan samordningsfunktion

Nej demenssjuksköterska
eller annan
samordningsfunktion
saknas

Ja **Nej**

Insatser av kurator

☐ ☐

Kognitiva hjälpmedel har erbjudits

☐ ☐

Stöd till anhöriga

☐ ☐ ☐

Anhörig saknas

Uppföljning

Ja **Nej**

Ska personen fortsätta att följas på enheten?

☐ ☐