

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

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	<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 _____

SveDem

Personnummer _____

Utredningens innehåll

MMSE-SR	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört
MoCA	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört
RUDAS-S	<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 Aβ 42 Aβ 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 specifiering (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

Ospecificerad

G30.0 Alzhimers sjukdom med tidig debut

G30.1 Alzhimers sjukdom med sen debut

I67.9 Cerebrovaskulär sjukdom, ospecificerad

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	<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

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

Har personen körkort?

Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?

Ja, har avrättats

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?