

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning primärvård

Uppföljning

Datum för uppföljning _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

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 ejStöd enligt LSS i dagsläget Ja Nej Vet ejKroppslängd (i cm) _____ cm Vet ejKroppsvikt _____ kg Vet ej

Namn _____

Personnummer _____

Kognitiv bedömningMMSE-SR Ej testbar Ej utförtMoCA Ej testbar Ej utförtRUDA-S Ej testbar Ej utfört Ej aktuellt uppfyller ej kriterierna**Global bedömning**

- Förbättrat patienttillstånd
- Oförändrat patienttillstånd
- Försämrat patienttillstånd
- Vet ej

DiagnosÄndring av diagnos? Ja - fyll i diagnos nedan oförändrad diagnos - gå till läkemedel

- 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 _____ (ÅÅÅÅ-MM-DD)

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		
	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"/>

Riskbedömningar (valfritt att fylla i)

Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månader avseende:

Fall riskbedömt Ja Nej

Trycksår riskbedömt Ja Nej

Undernäring riskbedömt Ja Nej

Ohälsa i munnen, riskbedömt Ja Nej

Förebyggande åtgärder (valfritt att fylla i)

Har strukturerade och dokumenterade förebyggande åtgärder vidtagits senaste 6 månader avseende:

Fall, åtgärd vidtagits

Ja Nej Nej, inga förebyggande åtgärder behövs

Trycksår, åtgärd vidtagits

Ja Nej Nej, inga förebyggande åtgärder behövs

Undernäring, åtgärd vidtagits

Ja Nej Nej, inga förebyggande åtgärder behövs

Ohälsa i munnen, åtgärd vidtagits

Ja Nej Nej, inga förebyggande åtgärder behövs

Namn _____

Personnummer _____

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

Erhållna stödinsatser

Personen har fått det stöd som önskats

Ja Nej Tackat nej Vet ej

Kontakt har etablerats med demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion

Ja Nej Tackat nej Vet ej Nej, demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion saknas

Erhållet insatser av kurator

Ja Nej Tackat nej Vet ej

Erhållet kognitiva hjälpmedel

Ja Nej Ej aktuellt Tackat nej Vet ej

Anhöriga har fått stöd

Ja Nej Tackat nej Anhörig saknas Vet ej

Samordad individuell plan (SIP)

Ja Nej Ej aktuellt Vet ej