

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 bedömning

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)

Global bedömning

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

Diagnos

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

Riskbedömningar (valfritt att fylla i)

Har strukturerade och dokumenterade riskbedömningar gjorts senaste 6 månader avseende:

	Ja	Nej
Fall riskbedömt	☐	☐
Trycksår riskbedömt	☐	☐
Undernäring riskbedömt	☐	☐
Ohälsa i munnen, riskbedömt	☐	☐

Förebyggande åtgärder (valfritt att fylla i)

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

	Ja	Nej	Nej, Inga förebyggande åtgärder behövs
Fall, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Trycksår, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Undernäring, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐
Ohälsa i munnen, åtgärd vidtagits	☐	☐	☐

Namn _____

Personnummer _____

Körkort och skjutvapen**Har personen körkort?** ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ejVid Ja, vänligen fyll i:**Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?**

- ☐ Ja, har avrått 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 ejVid 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

Erhållit insatser av kurator

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Tackat nej ☐ Vet ej

Erhållit kognitiva hjälpmedel

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej aktuellt ☐ Tackat nej ☐ Vet ej

Anhöriga har fått stöd

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Tackat nej ☐ Anhörig saknas ☐ Vet ej

Samordnad individuell plan (SIP)

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej aktuellt ☐ Vet ej

Ska personen fortsätta att följas på enheten? ☐ Ja ☐ Nej

(denna fråga finns inte i SveDem - den är endast till hjälp för enheten)