

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning specialistvård

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 tilläggs kod:
 - ☐ 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 _____

Tilläggs kod _____

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:

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

Körkort

Har personen körkort? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Vid 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

Skjutvapen

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

Namn _____

Personnummer _____

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

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