

Namn _____

Personnummer _____

Uppföljning specialistvård

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 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 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	<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, riskbedöm 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:

Namn _____

Personnummer _____

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**Har barn under 18 år i hemmet fått stödinsatser?-fyll i om ja vid barn under 18 år i hemme** Ja Nej Tackat nej Vet ej**Ska personen fortsätta att följas på enheten?** Ja Nej

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