

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Uppföljning primärvård

Bakgrundsinformation

Uppföljningsdatum: _____

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

Barn under 18 år i hemmet

- | Ja | Nej | Vet ej |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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	<input type="checkbox"/>	Vet ej
------------------	-------	----	--------------------------	--------

Kroppsvikt	_____	kg	<input type="checkbox"/>	Vet ej
------------	-------	----	--------------------------	--------

Kognitiv bedömning

MMSE-SR

Ej testbar

Ej utfört

MoCA

Ej testbar

Ej utfört

RUDAS-S

Ej testbar

Ej utfört

Ej aktuellt

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Global bedömning

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

Diagnos

Ändring av demensdiagnos

- Ja (Fyll i ny diagnos nedan)
- Oförändrad diagnos (Diagnos behöver ej fyllas i nedan)

Vid ändring av diagnos, fyll i ny diagnos nedan :

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

Frontotemporal demens specificering (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 G31.0 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 _____

SveDem

Personnummer _____

Läkemedel

Läkemedel som personen behandlas med efter att eventuella justeringar gjorts i samband med uppföljningen (pågående och nyinsatt). Läkemedel vid behov räknas inte med.

	Antal läkemedel	Vet ej
Antal läkemedel som personen regelbundet behandlas med	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

	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"/>

Körkort och skjutvapen

	Ja	Nej	Vet ej
Har personen körkort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja, har avrättats från bilkörning	Ja, kan forts. köra bil t.v.	Nej	Vet ej
Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Vet ej
Har Transportstyrelsen kontaktats om körkortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har personen skjutvapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är personen olämplig att inneha skjutvapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har anmälan gjorts till polisen angående skjutvapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn _____

SveDem

Personnummer _____

Erhållna stödinsatser

	Ja	Nej	Tackat nej	Vet ej
Personen har fått det stöd som önskats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Tackat nej	Nej, demenssjuusköterska eller annan samordningsfunktion saknas	Vet ej
Kontakt har etablerats med demenssjuusköterska eller annan samordningsfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Tackat nej	Vet ej
Erhållit insatser av kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhållit kognitiva hjälpmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Tackat nej	Anhörig saknas	Vet ej
Anhöriga har fått stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Ej aktuellt	Vet ej
Samordnad individuell plan (SIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neuropatologi

	Ja	Nej	Vet ej
Har värdet av neuropatologi diskuterats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uppföljning

	Ja	Nej
Ska personen fortsätta att följas på enheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>