

Personnummer \_\_\_\_\_

## Uppföljning specialistvård

### 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	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	
MoCA	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	
RUDAS-S	<input type="checkbox"/>	Ej testbar	<input type="checkbox"/>	Ej utfört	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt

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)
- Vet ej

*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 

ICD-10 diagnoskod \_\_\_\_\_

Tilläggskod

## 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 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"/>
Ångestdämpande 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	Ja, kan forts. köra bil t.v.	Nej
Har överenskommelse slutits med personen om bilkörning?	<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"/>

**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"/>

**Neuropatologi**

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

Namn \_\_\_\_\_

SveDem

Version för nya plattformen 20210505

Personnummer \_\_\_\_\_