

Namn _____

SveDem

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

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)
- 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

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 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"/>

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"/>