|  |  |
| --- | --- |
| **Registrering** | **SveDem** |
| **ID** | **Datum då utredning beslutas**  **Ovanstående datum ej tillämpbart**  ex. utretts tidigare och följts upp av vårdcentralen, nu erhållit demensdiagnos, alt att patienten själv skjutit upp utredningsstarten mer än 30 dagar.  **Datum då patienten**  **informerats om diagnos:** |
| **Hereditet för demenssjukdom**  Första gradens biologiska släkting (förälder/syskon)  Nej Ja Ingen känd Vet ej | Andra gradens biologiska släkting (mor/far föräldrar, föräldrars syskon, syskonbarn, halvsyskon)  Nej Ja Ingen känd Vet ej |
| Utredning (undersökningar som tagits med i bedömningen oavsett vem som initierat dem)  **Blodkemi**    **CT**  **MR**  **EEG**  **Har patienten erbjudits stöd**  ( ex lämnat ut erbjudande om informationsträffen)  **Har kuratorskontakt för patienten initierats** | **Diagnos**   * Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut \_\_ * Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut\_\_\_ * Mix demens Alzheimer, vaskulär­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Vaskulär demens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Lewybodydemens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Frontotemporal demens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Parkinsons sjukdom med demens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Demens UNS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Demens övrigt,   (annan demens diagnos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Läkemedel**  Läkemedel som patienten behandlas med i samband med att diagnos sätts. Pågående eller nyinsatt. Vid behovsläkemedel tas ej med.  Antal  Nej Ja  Kolinesteras hämmare  NMDA-antagonist  Läkemedel vid vaskulära  riskfaktorer\*  Antidepressiva  Antipsykos läkemedel  Ångestdämpande  Sömnmedel  Analgetika  \*Exempelvis blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetesläkemedel, läkemedel vid kärlkramp. | **Körkort/vapen**  Nej Ja  **Har patienten körkort?**  Om ja:  Har patienten avråtts från bilkörning?  Kan patienten fortsätta köra bil?  Har transportstyrelsen kontaktats?  **Har patienten tillgång till vapen?**  Om ja:  Är patienten lämplig att  Inneha vapen?  Har anmälan gjorts till polisen? |