



Registrering	SveDem																																																			
<b>ID</b>	<b>Datum då utredning beslutas</b> <input type="text"/> <b>Ovanstående datum ej tillämpligt</b> <input type="checkbox"/> ex. utretts tidigare och följts upp av vårdcentralen, nu erhållit demensdiagnos, alt att patienten själv skjutit upp utredningsstarten mer än 30 dagar. <b>Datum då patienten informerats om diagnos:</b> <input type="text"/>																																																			
<b>Hereditet för demenssjukdom</b> <b>Första gradens biologiska släkting (förälder/syskon)</b> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	<b>Andra gradens biologiska släkting (mor/far föräldrar, föräldrars syskon, syskonbarn, halvsyskon)</b> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>																																																			
<b>Utredning</b> (undersökningar som tagits med i bedömningen oavsett vem som initierat dem)  <b>Blodkemi</b> <input type="checkbox"/> <b>CT</b> <input type="checkbox"/> <b>MR</b> <input type="checkbox"/> <b>EEG</b> <input type="checkbox"/>  <b>Har patienten erbjudits stöd</b> <input type="checkbox"/> ( ex lämnat ut erbjudande om informationsträffen)  <b>Har kuratorskontakt för patienten initierats</b> <input type="checkbox"/>	<b>Diagnos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut <input type="checkbox"/></li> <li>• Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut <input type="checkbox"/></li> <li>• Mix demens Alzheimer, vaskulär <input type="checkbox"/></li> <li>• Vaskulär demens <input type="checkbox"/></li> <li>• Lewybodydemens <input type="checkbox"/></li> <li>• Frontotemporal demens <input type="checkbox"/></li> <li>• Parkinsons sjukdom med demens <input type="checkbox"/></li> <li>• Demens UNS <input type="checkbox"/></li> <li>• Demens övrigt, (annan demens diagnos) <input type="checkbox"/></li> </ul>																																																			
<b>Läkemedel</b> Läkemedel som patienten behandlas med i samband med att diagnos sätts. Pågående eller nyinsatt. Vid behovsläkemedel tas <u>ej</u> med.  Antal <input type="text"/>  <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kolinesteras hämmare</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NMDA-antagonist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer*</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antidepressiva</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antipsykos läkemedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ångstdämpande</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sömnmedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Analgetika</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>*Exempelvis blodtrycksreglerande, blodförtunnande, blodfettssänkande, diabetesläkemedel, läkemedel vid kärlekskramp.</p>		Nej	Ja	Kolinesteras hämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antipsykos läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ångstdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Körkort/vapen</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nej</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Har patienten körkort?</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Om ja: Har patienten avrättats från bilkörning?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kan patienten fortsätta köra bil?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har transportstyrelsen kontaktats?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Har patienten tillgång till vapen?</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Om ja: Är patienten lämplig att Inneha vapen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har anmälan gjorts till polisen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nej	Ja	<b>Har patienten körkort?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja: Har patienten avrättats från bilkörning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan patienten fortsätta köra bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har transportstyrelsen kontaktats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Har patienten tillgång till vapen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja: Är patienten lämplig att Inneha vapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har anmälan gjorts till polisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	Ja																																																		
Kolinesteras hämmare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
NMDA-antagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Antipsykos läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Ångstdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Nej	Ja																																																		
<b>Har patienten körkort?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Om ja: Har patienten avrättats från bilkörning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Kan patienten fortsätta köra bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Har transportstyrelsen kontaktats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<b>Har patienten tillgång till vapen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Om ja: Är patienten lämplig att Inneha vapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Har anmälan gjorts till polisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		