

Bilaga	SveDem																																																			
ID	Datum för påbörjad utredning: <input type="text"/> (Första besöket gällande minnesutredning) Ej tillämbart <input type="checkbox"/> ex. utretts tidigare och följts upp av vårdcentralen, nu erhållit demensdiagnos, alt att patienten själv skjutit upp utredning starten mer än 30 dagar.																																																			
Hereditet för demenssjukdom Första gradens biologiska släkting (förälder/syskon) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Andra gradens biologiska släkting (mor/far föräldrar, föräldrars syskon, syskonbarn, halvsyskon) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>																																																			
Utredning Blodkemi <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Isotopundersökning <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Neuropsykolog <input type="checkbox"/>	Diagnos Demens vid Alzheimers sjukdom, tidig debut <input type="checkbox"/> Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut <input type="checkbox"/> Mix demens Alzheimer, vaskulär <input type="checkbox"/> Vaskulär demens <input type="checkbox"/> Lewybodydemens <input type="checkbox"/> Frontotemporal demens <input type="checkbox"/> Parkinsons sjukdom med demens <input type="checkbox"/> Demens UNS <input type="checkbox"/> Demens övrigt , (annan demens diagnos) <input type="checkbox"/>																																																			
Läkemedel Läkemedel som patienten behandlas med i samband med att diagnos sätts. Antal <input type="text"/> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nej</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kolinesteras hämmare</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NMDA-antagonist</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Läkemedel vid vaskulära riskfaktorer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antidepressiva</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antipsykos läkemedel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ångestdämpande</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sömnmedel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Analgetika</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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"/>	Ångestdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körkort/vapen <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nej</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Har patienten körkort?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Om ja: Har patienten avrättats från bilkörning?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kan patienten fortsätta köra bil?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har transportstyrelsen kontaktats?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har patienten tillgång till vapen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Om ja: Är patienten lämplig att inneha vapen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har anmälan gjorts till polisen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nej	Ja	Har patienten körkort?	<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"/>	Har patienten tillgång till vapen?	<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"/>																																																		
Ångestdämpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Nej	Ja																																																		
Har patienten körkort?	<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"/>																																																		
Har patienten tillgång till vapen?	<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"/>																																																		