

CPR-nummer:



REGION NORDJYLLAND  
– i gode hænder

Informeret samtykke til udredning:

Informeret samtykke til opringning til pårørende eller demenssygeplejerske i forbindelse med indkaldelse til undersøgelse:

Pårørende:

Demenssygeplejerske:

Allergi:  
Hvis ja, allergi overfor hvad:

Ja

Nej

## Demensudredningskema, Praktiserende læge

Navn:

Adresse:

Postnummer:

By:

Pårørende - Navn:

Telefon:

Sygeplejerske - Navn:

Telefon:

### Familiær disposition:

Demens:

Ja

Nej

Hvem:

Diagnose:

### Familiær disposition / Anden psykisk sygdom:

Depression:

Ja

Nej

Neurologiske lidelser:

Ja

Nej

Hjerte-kar sygdom:

Ja

Nej

### Relevante tidligere sygdomme:

Kommentar:

CPR-nummer:



**Nuværende sygehistorie:**

Debuttidspunkt, sygdomsudvikling, aktuelle kognitive problemområder og aktuelle funktionstab.  
Patientens egen oplevelse. Omgivelsernes oplevelse.

**Somatiske klager:**

FMK - opdateret:                      Ja                      Nej

Alkohol (antal genstande pr. uge) :

Tobak:

Andet misbrug / overforbrug :

**Objektivt:**

BT:

Vægt:

Puls:

Højde:

**Yderligere beskrivelser af abnorme fund:**

St. c og p:	Normal	Abnorm	Kommentar:
Abdomen:	Normal	Abnorm	
Deklive ødemer:	Normal	Abnorm	
Respiration:	Normal	Abnorm	
Følelige fodpulse:	Ja	Nej	

CPR-nummer:



### Neurologisk undersøgelse:

Faciallispårese:	Ja	Nej	Kommentar:
Øvrige kraniennerver:	Normal	Abnorm	

Markant svagheit af over- eller underekstremitet på en side (apopleksi-sequelae):

Venstre side: Ben Arm Højre side: Ben Arm

Bradykinesi:	Nej	Ja	
Rigiditet:	Nej	Ja	
Tremor:	Ingen	Hviletremor	Intentionstremor
Koordination:	Normal	Unormal	

Gang:	Normal	Unormal	Kommentar:

### Objektivt psykisk:

Tegn på depression:	Ja	Nej	Tegn på delir:	Ja	Nej
Kommentar:					

### Laboratorieprøver:

Demensblodprøver:	Normal	Unormal	EKG:	Normal	Unormal	Fund:
Urinundersøgelse:	Normal	Unormal				

Resultat af CTC-cerebrum:	Dato:
Fund:	

CPR-nummer:



### Yderligere beskrivelser af abnorme fund:

Kommentar:

### Nedenstående ICD-10 kriterier for demens kan være med til at besvare ovenstående spørgsmål:

1:

Svækket hukommelse, især for nye data:	Ja	Nej
Svækkelse af andre kognitive funktioner (min. 1):	Ja	Nej
Det kognitive svigt påvirker dagligdagen:	Ja	Nej

2:

Bevaret bevidsthedsklarhed i tilstrækkelig omfang for at bedømme 1:	Ja	Nej
---	----	-----

3:

Svækket social adfærd, motivation og/eller emotionel kontrol:	Ja	Nej
---	----	-----

4:

Varighed i mere end 6 måneder eller mere:	Ja	Nej
---	----	-----

### Diagnoser:

Opfylder pt. alle ovenstående ICD-10 kriterier for demens:	Ja	Nej
--	----	-----

### Hvis "Ja" til ICD-10 kriterier er opfyldt, hvilken type demens?

Alzheimers sygdom:	Ja	Nej	Lewybody demens:	Ja	Nej
Vaskulær demens:	Ja	Nej	Mild cognitive impairment:	Ja	Nej
Frontaltemporal demens:	Ja	Nej	Usikkert:	Ja	Nej
Anden demens:					

CPR-nummer:



**Konklusion på undersøgelsen sammenholdt med det tilsendte materiale:**

--

Skal patienten henvises til hospitalsafdeling:

Ja

Nej

Henvielse sendes til Demensenheden under Neurologisk Afdeling nr. 8001 19D, hvorfra de visiteres til en af de tre deltagende specialer (neurologisk, ældrepsykiatrisk og ældremedicinsk).

**Fremtidige tiltag:**

Socialmedicinske tiltag:

Ja

Nej

Hvilke:

Medicinændringer:

Ja

Nej

Hvilke:

**Informationer givet til patient/pårørende om undersøgelsesresultat:**

Lægens navn, adresse, telefonnummer og SE- eller person-nummer	Dato og underskrift