

Anamnese fra pårørende

Dato for utfylling:

Informasjon om enkelte aspekter ved utvikling av mental svikt bør samles inn av demensteamet (sykepleiere, evt. også ergoterapeut) før pasienten undersøkes av lege. Opplysningene bør være tilgjengelige for legen når pasienten er til legeundersøkelse slik at det ikke blir unødig dobbeltarbeid. Vi anbefaler at demensteamet samler inn opplysninger om:

- a) Dagliglivets aktiviteter (ADL-funksjon¹)
- b) Atferdsendringer¹
- c) Anamneseskjema¹ (endring i personens mentale funksjon i løpet av de siste 10 år)
- d) Belastning på pårørende¹

Legen bør ta opp anamnese av pasient og pårørende hver for seg.

Komparentens navn: _____ tlf. dagtid _____

Relasjon til pasient (ektefelle, barn etc.)? _____

Hvor ofte ser du pasienten? _____

Hva var første tegn på endring i mental funksjon? _____

Når begynte endring i mental funksjon? _____

Begynte det plutselig? ja nei vet ikke

Er det blitt bedre eller verre siden det startet? bedre verre
 uendret vet ikke

1) Skalaer som dekker disse områdene kan fåes enten på Hukommelsesklinikken, Ullevål sykehus, eller på Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens: Rapid Disability Rating Scale (RDRS-2), BMD-skala, Informant Questionnaire (IQ-code) og Greenes pårørende stress skala.

Har pasienten:

	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Vet ikke</i>
• vist endringer i personlighet (eks. aggresjon, apati)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vrangforestillinger (eks. sjalusi, mistenksomhet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hallusinasjoner (syn, hørsel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tegn til angst eller depresjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer/andre symptomer:

Pasientens tidligere og nåværende sykdommer

Hentes fra legens journal samt anamnese av pasient og pårørende.

	<i>Tidligere</i>	<i>Nåværende</i>	<i>Kommenter (f.eks årstall)</i>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Vitamin B12 mangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Hjerneinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Hjernehinnebetennelse/ hjernebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Parkinsons sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Psykiatrisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Annen nevrologisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Alkoholmisbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Hvilke legemidler bruker pasienten? (navn og dosering)
