

Geriatrisk riskprofil

Bedömningsformulär för patienter 75 år och äldre

Frågorna i bedömningsformuläret ställer du till patienter som är 75 år eller äldre. Varje svar poängsätts. Om den sammanlagda bedömningspoängen är tre poäng eller högre indikerar det att patienten har en geriatrisk riskprofil. Resultatet ska alltid dokumenteras i journalsystemet. Patient med geriatrisk risk ska erbjudas uppföljning.

PATIENTENS FÖR- OCH EFTERNAMN:	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
---------------------------------------	--

Kategori	Frågor till patient	Bedömningspoäng
Läkemedel	Har du fem eller fler läkemedel? <i>Gäller alla läkemedel (t.ex. vid behov, receptfria)</i>	<input type="checkbox"/> Nej = 0 poäng <input type="checkbox"/> Ja = 1 poäng
Social situation	Bor du ensam? Har du behov av hjälp från annan person med personlig omvårdnad?	<input type="checkbox"/> Nej, inget stämmer = 0 poäng <input type="checkbox"/> Ja, ett / båda stämmer = 1 poäng
Mobilitet	Har du svårt att gå eller förflytta dig? Behöver du använda hjälpmedel när du går på plan mark eller i trappa? Har du fallit någon gång de senaste tolv månaderna?	<input type="checkbox"/> Nej, inget stämmer = 0 poäng <input type="checkbox"/> Ja, ett / fler stämmer = 1 poäng
Kontakt med vården	Har du varit inlagd på sjukhus de senaste tre månaderna? Har du sökt akuten under de senaste 30 dagarna? Har du fem eller fler läkarbesök på vårdcentralen det senaste året?	<input type="checkbox"/> Nej, inget stämmer = 0 poäng <input type="checkbox"/> Ja, ett / fler stämmer = 1 poäng
Kognitiv svikt/psykiska besvär <i>(OBS! Särskild betydelse! Två poäng)</i>	Har du svårt att komma ihåg saker? Känner du dig vilsen eller förvirrad? Känner du dig deprimerad? Har du ångest?	<input type="checkbox"/> Nej, inget stämmer = 0 poäng <input type="checkbox"/> Ja, ett / fler stämmer = <u>2 poäng</u>

VILL DU BLI KONTAKTAD FÖR UPPFÖLJNING / HÄLSOSAMTAL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	SUMMA AV BEDÖMNINGSPOÄNG:
---	----------------------------------

FÖR VÅRDPERSONAL: HELHETSBEDÖMNING, MITT NAMN OCH DATUM *Fäلت för dig som ställer frågorna till patienten.*

HELHETSBEDÖMNING Jag anser att patientens vård- och omsorgssituation kan samordnas bättre: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	MITT NAMN <input type="text"/> DATUM <input type="text"/>
--	--