

Remissunderlag till NeuroVux **Ifylls av hälso-/sjukv.personal!**

Använd underlaget som stöd för anamnesupptagning.

Datum:.....

Patientens namn:.....

Pers.nr:.....

Bakgrund	
Finns suicidrisk eller annan allvarlig psykisk ohälsa? - om ja, skicka ärendet till Vuxenpsykiatrin! - om nej, fortsätt nedan....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Tidigare utredning gjord inom ? skola <input type="checkbox"/> barnsjukv. <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> annat <input type="checkbox"/>	
Finns annan dokumentation av intresse för utredningen? Var? Vad?	
Varit utsatt för något skalltrauma/hjärnskada/förlossningsskada? - om ja, när/vad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Relevanta sjukdomar, tidigare och pågående?	
Somatisk orsak till symptomen har uteslutits? (t.ex. hormonella avvikelser)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Barnperspektivet	
Finns det minderåriga barn i familjen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

Vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning inom Viktiga livsområden /Hemliv - med vägledning av frågorna nedan! Min bedömning av patientens funktionsnedsättning:	
<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Svår <input type="checkbox"/> Total funktionsnedsättning	
<u>Skolutbildning</u>	Har patienten godkända betyg i alla ämnen i grundskolan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Har patienten godkända betyg i alla ämnen i gymnasieskolan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<u>Betald sysselsättning</u>	Har patienten något arbete? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Har patienten haft arbete tidigare? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<u>Ekonomisk självförsörjning</u>	Sköter patienten sin ekonomi självständigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<u>Att skaffa förnödenheter</u> Att skaffa bostad samt varor och tjänster som krävs för det dagliga livet.	Har patienten ett eget boende? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Sköter patienten själv om sina inköp? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
<u>Hushållsgöromål</u> Att planera, organisera, laga och servera enkla och sammansatta måltider till sig själv	Äter patienten regelbundet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Sköter patienten själv om sin städning och tvätt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Tillägg för förtydliganden:	

Vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning inom området Allmänna uppgifter och krav, att genomföra dagliga rutiner - med vägledning av frågorna nedan! Min bedömning av patientens funktionsnedsättning:						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Total funktionsnedsättning
		Skattning				
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mkt ofta
<u>Att genomföra daglig rutin</u>	<i>Hur ofta har patienten svårt att fullfölja dagliga rutiner?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta har patienten svårt att beräkna tid och planera?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Att hantera stress och andra psykologiska krav</u>	<i>Hur ofta händer det att patienten blir hindrad av stress och krav?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta blir patienten hindrad av inflexibla rutiner?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillägg för förtydliganden, exempelvis om varaktighet, problem sedan barnåren?						

Vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning inom området Kommunikation - med vägledning av frågorna nedan! Min bedömning av patientens funktionsnedsättning:						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Total funktionsnedsättning
		Skattning				
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mkt ofta
<u>Konversation</u> Att starta, hålla igång och slutföra ett samtal; samtala med en eller flera personer	<i>Hur ofta händer det att patienten har svårt att starta/ hålla igång ett samtal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten avslutar meningar åt dem han/hon talar med, innan de själva hinner avsluta dem?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta uppstår missförstånd pga. brister i kommunikationen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillägg för förtydliganden, exempelvis om varaktighet, problem sedan barnåren?						

Vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning inom området Mellanmänskliga interaktioner och relationer - med vägledning av frågorna nedan! <i>Min bedömning av patientens funktionsnedsättning:</i>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Total funktionsnedsättning		
		Skattning				
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mkt ofta
<u>Formella-/Informella sociala-/ Intima relationer</u>	<i>Hur ofta hamnar patienten i konflikt med andra?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten avbryter/stör andra?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten inte tar de myndighetskontakter han/hon skulle behöva?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta upplever patienten vänskap vara problematisk?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta har patienten svårt att sätta sig in i andras situation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta upplever patienten svårigheter med att få förhållanden att fungera?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Har patienten haft någon kärleksrelation?</i>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	
<i>Lever patienten i ett förhållande nu?</i>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej		
<i>Tillägg för förtydliganden, exempelvis om varaktighet, problem sedan barnåren?</i>						

Kroppsfunktioner						
		Skattning				
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mkt ofta
<u>Temperament och personlighetsfunktioner</u>	<i>Hur ofta överreagerar patienten? (med ilska/apati/ledsamhet/glädje el.dyl.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Energi och driftfunktioner</u>	<i>Hur ofta händer det att patienten köper saker som han/hon egentligen inte behöver eller har råd med eller utför någon annan impulshandling?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten känner sig rastlös eller har svårt att sitta stilla?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts. Kroppsfunktioner		Skattning				
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mkt ofta
<u>Sömnfunktioner</u>	<i>Hur ofta har patienten problem med sömnen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Uppmärksamhetsfunktioner</u> Att vidmakthålla uppmärksamhet, klarar att hålla koncentration under den tidsperiod som krävs	<i>Hur ofta har patienten svårt att komma igång eller avsluta en aktivitet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten har svårt att hålla kvar uppmärksamheten vid aktivitet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Minnesfunktioner</u>	<i>Hur ofta har patienten problem att komma ihåg avtalade tider?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta händer det att patienten tappar bort saker hemma eller på arbetet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tankefunktioner</u> Funktioner som ger viljemässig tankekontroll (funktionsnedsättning ex. tvångsföreställningar, grubbleri)	<i>Hur ofta blir patienten överdrivet upptagen av något så att det gränsar till ett tvångsmässigt beteende?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Hur ofta ältar patienten något som inträffat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tillägg för förtydliganden, exempelvis om varaktighet, problem sedan barnåren?</i>						

Alkohol och droger kan påverka patientens kognitiva funktioner så att neuropsykiatrisk utredning inte ger representativt resultat. Vid behov, meddelar NeuroVux i god tid till hälsocentralen att de behöver genomföra alkohol-/drogscreening i nära anslutning till planerad utredningsstart. Positiv screening leder till att utredningen avbryts.

Finns uppgifter om att patienten brukar droger, överkonsumerar alkohol eller befinner sig i abstinensfas? om Ja, precisera!

Vid kännedom/misstanke om pågående bruk/missbruk bifoga gärna skattning med AUDIT respektive DUDIT.

Använder patienten psykofarmaka eller andra läkemedel som kan påverka de kognitiva funktionerna?
Om Ja, Vilka?

Jag har tagit del av ovanstående och informerat patienten Ja

Informerat samtycke

Patienten är informerad om "Sammanhållen journalföring" och har lämnat muntligt medgivande till att NeuroVux får ta del av andra klinikers journaler, relevanta för bedömning/utredning.

Ja Nej

Remitterande: Arbetsställe:

Remissrutin: Det ifyllda remissunderlaget skannas in på remitterande klinik. Elektronisk remiss skrivs i VAS och skickas till remisskod: **pvvhabnep**. I den elektroniska remissen skrivs frågeställning, med hänvisning till det inskannade remissunderlaget. För dig som remitterar utan att ha tillgång till VAS, skickas frågeställning samt det ifyllda remissunderlaget till adressen:

NeuroVuxteamet, Köpmangatan 37, 972 33 Luleå