

Gäller Herr/Fru

Personalnummer:

I. BEDÖMNING AV FUNKTIONELL AUTONOMI

MOMENT	FÖRKLARING	POÄNG
FÖDOINTAG	- Oberoende (kan använda bestick, få i sig maten inom rimlig tid, etc.).	10 <input type="checkbox"/>
	- Har behov av hjälp, t.ex. för att skära upp maten.	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte alls äta själv.	0 <input type="checkbox"/>
BAD/DUSCH	- Kan ta ett bad/en dusch utan hjälp.	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte ta ett bad/en dusch själv.	0 <input type="checkbox"/>
PERSONLIG VÅRD	- Kan tvätta ansiktet, kamma håret, borsta tänderna, raka sig (och koppla in rakapparaten i elurtaget).	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte göra dessa saker själv.	0 <input type="checkbox"/>
PÅKLÄDNING	- Oberoende (kan knyta skosnören, knäppa knappar, sätta på sig hängslen o.d.).	10 <input type="checkbox"/>
	- Har behov av hjälp, men kan göra åtminstone hälften av arbetet själv inom rimlig tid.	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte alls klä på sig själv.	0 <input type="checkbox"/>
KONTINENS, AVFÖRING	- Inga problem. Kan vid behov själv använda lavemang eller stolpiller.	10 <input type="checkbox"/>
	- Tillfälliga problem. Har behov av hjälp för att använda lavemang eller stolpiller.	5 <input type="checkbox"/>
	- Problem. Kan inte alls använda lavemang eller stolpiller själv.	0 <input type="checkbox"/>
KONTINENS, URIN	- Inga problem. Kan vid behov själv använda materiel för uppsamling av urin.	10 <input type="checkbox"/>
	- Tillfälliga problem. Har behov av hjälp för att använda materiel för uppsamling av urin.	5 <input type="checkbox"/>
	- Problem. Kan inte alls använda materiel för uppsamling av urin själv.	0 <input type="checkbox"/>
TOALETT- BESÖK	- Kan själv gå på toaletten eller använda bäcken. Kan hålla kläderna, torka sig och spola eller göra rent bäckenet.	10 <input type="checkbox"/>
	- Har behov av hjälp för att hålla balansen, hålla kläderna eller hålla toalettpapperet.	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte alls gå på toaletten eller använda bäcken själv.	0 <input type="checkbox"/>
ÖVERFLYTT- NING TILL SÄNG, RULLSTOL ELLER STOL	- Oberoende. Kan blockera en rullstol och fälla ned fotstöden.	15 <input type="checkbox"/>
	- Har behov av litet hjälp eller bara av tillsyn.	10 <input type="checkbox"/>
	- Kan sätta sig, men har behov av maximal hjälp vid överflyttningar.	5 <input type="checkbox"/>
	- Helt beroende.	0 <input type="checkbox"/>
FÖRFLYTT- NINGAR	- Oberoende vid förflyttning över 50 meter. Kan använda käpp eller kryckor, men använder inte rullstol, rullator e.d.	15 <input type="checkbox"/>
	- Kan gå 50 meter med hjälp.	10 <input type="checkbox"/>
	- Oberoende i rullstol vid förflyttning över 50 meter (gäller endast immobil person).	5 <input type="checkbox"/>
	- Immobil.	0 <input type="checkbox"/>
TRAPPGÅNG	- Oberoende. Kan använda käpp eller kryckor.	10 <input type="checkbox"/>
	- Har behov av hjälp eller bara av tillsyn.	5 <input type="checkbox"/>
	- Kan inte alls gå i trappor själv.	0 <input type="checkbox"/>
SAMMANLAGT, ALLA MOMENT		.../100

Läkaren måste kryssa i en ruta för vart och ett av momenten ovan.V.g. vänd och fyll i baksidan

II. RUMS- OCH TIDSMÄSSIG BEDÖMNING

PERSONENS TILLSTÅND	BEDÖMNING AV KONSTATERADE PROBLEM		POÄNG
1. SVÅRIGHETER ATT UTTRYCKA SIG (att göra sig förstådd med ord och gester)	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. VERBAL FÖRVIRRING (skriker utan anledning eller stör andra genom att skrika)	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. FÖRLUST AV UPPFATTNINGEN OM VAD SOM PASSAR SIG (uppför sig olämpligt vid bordet, klär av sig vid olämplig tidpunkt, urinerar utanför toaletten, spottar e.d.)	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. PROBLEM MED ORIENTERINGEN I TIDEN	- Helt desorienterad - Ibland - Inga problem		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. OROLIGT BETEENDE (relations- eller karaktärsproblem, självaggressivt beteende eller psykomotorisk oro (går omkring utan mål, försvinner, etc.))	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. FÖRVIRRAT BETEENDE PÅ NATTEN (irrar omkring, stör andra, blandar ihop dag och natt)	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. PROBLEM MED ORIENTERINGEN I LIVSRUMMET	- Helt desorienterad - Ibland - Inga problem		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. DESTRUKTIVT BETEENDE (utövar våld mot material eller föremål (t.ex. kläder eller möbler) i omgivningen, eller är aggressiv mot andra människor)	- Kontinuerligt - Ibland, sällan - Aldrig		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. MINNESFÖRLUST	a) Nyligen inträffad	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) Långvarig	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. FÖRLUST AV FÖRMÅGAN ATT KÄNNA IGEN PERSONER I OMGIVNINGEN	a) Nära familj (barn, make/maka)	JA NEJ	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) Vänner, bekanta, andra	JA NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
SAMMANLAGT, ALLA PUNKTER			.../100

Läkaren måste kryssa i en ruta för var och en av punkterna ovan.

.....
Datum

.....
Läkarens underskrift samt stämpel