

Namn och personnummer: _____

Kompletterande frågor till symtomskattningsskala inför läkemedelsgenomgång

Krossas tabletter? Ja Nej

Kommentar: _____

Används receptfria läkemedel som inte ordinerats på läkemedelslistan?
Ja Nej

Används naturläkemedel? Ja Nej

Om receptfria läkemedel/naturläkemedel – fyll i preparat och användning:

Preparat	Hur mycket och hur ofta?

Om Alzheimers demensdiagnos – uppföljning enligt FAST-skalan: Steg _____ (1-7g)

Om BPSD – används BPSD-registret för personen? Ja Nej
Ta med senaste NPI-skattningen och bemötandeplan till läkemedelsgenomgången

Har personen fallit under senaste året? Ja Nej

Tror du att denna person kommer att falla under sin vistelse här om ingen förebyggande åtgärd sätts in? Ja Nej

Övriga kommentarer:

För frågor eller synpunkter skicka mail till; lakemedelsgenomgangar@regionvasterbotten.se