

Remissbilaga till dietist (obs detta räknas ej som remiss)

- Remiss måste skrivas av läkare eller SSK som är anställd på vårdcentralen.
- Inför remiss skall remissbilaga fyllas i för att dietist ska kunna göra en korrekt bedömning samt initiera behandling.
- Bilagan kan fyllas i av vårdpersonal, anhörig eller assistent.
- E-remiss (vårdcentral med Asynja Visp) = Skanna in bilagan i patientens journal.
- Pappersremiss (vårdcentraler med annat journalsystem) = pappersremiss.

Patientens namn: _____

Personnummer: _____

Samtycke/förmodat samtycke till NPÖ? _____

Längd: _____

Aktuell vikt: _____

Vikthistoria, senaste året: _____

Sjukdomar som påverkar nutritionen:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Njursvikt | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hjärtsvikt | <input type="radio"/> Demens |
| <input type="radio"/> Sår | <input type="radio"/> Förstoppning | <input type="radio"/> Diarré | <input type="radio"/> KOL |
| <input type="radio"/> Tuggsvårigheter | <input type="radio"/> Sväljsvårigheter | <input type="radio"/> Andra: _____ | |

Hur bor patienten? (Kryssa över rätt svar)

Ordinärt	SÄBO	Korttidsboende	LSS	BMSS
----------	------	----------------	-----	------

Vad heter boendet? _____

Betalar patienten för helinackordering:

Ja	Nej
----	-----

Har man: (Kryssa över rätt svar)

försökt minska nattfastan till max 11 timmar?	Ja	Nej
satt in energiberikning av patientens kost	Ja	Nej
satt in extra mellanmål?	Ja	Nej
satt in energigivande dryck*?	Ja	Nej
satt in konsistensanpassad kost (vid behov)	Ja	Nej
Sett över behovet av ätstödjande åtgärder? Tex: sittställning, hjälpmedel, sällskap	Ja	Nej
sett över måltidsmiljön tillsammans med patienten?	Ja	Nej
sett över och ev. åtgärdat patientens munhälsa?	Ja	Nej

*Energigivande dryck exempel: mjölk, saft, juice, läsk, alkoholfri öl

När man kryssat JA för samtliga frågor och patientens vikt inte stabiliserats skrivs remiss till Primärvårdens dietistenhet.

Har patienten provat kosttillskott? Ja Nej

Om ja, vilket

Vad bedöms som ett rimligt mål för behandlingen utifrån patientens allmäntillstånd:

- Viktåterhämtning
- Viktstabilitet
- Bästa möjliga omvårdnad /palliation

Patientens uppskattade aktivitetsnivå:

<input type="checkbox"/>	Sängliggande
<input type="checkbox"/>	Låg fysisk aktivitet, företrädesvis sängliggande
<input type="checkbox"/>	Uppegående, begränsad till måttlig fysisk aktivitet
<input type="checkbox"/>	Förhöjd fysisk aktivitet tex: ofrivillig muskelaktivitet, ökat andningsarbete eller liknande.

Vem ska kontakten ske med:

<input type="checkbox"/> Patienten	<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Ansvarig sjuksköterska
------------------------------------	----------------------------------	---

Kontaktuppgifter till den vi ska kontakta:

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Tolkbehov?

- Ja
- Nej

Om ja, vilket språk: _____

Är det något mer som dietisten behöver veta, angående patienten nutrition eller situation?
