

Remissbilaga till dietist

(Obs! gäller 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/förmodad samtycke till NPÖ: JA NEJ	Tolkbehov: JA NEJ Språk:

Längd:	Aktuell vikt:
Vikthistoria, senaste året:	

Sjukdomar som påverkar nutritionen:			
<input type="checkbox"/> Njursvikt	<input type="checkbox"/> Demens	<input type="checkbox"/> Sår	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Förstoppning	<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> KOL
<input type="checkbox"/> Tuggsvårigheter	<input type="checkbox"/> Sväljsvårigheter		
Andra sjukdomar som påverkar nutritionen:			

Hur bor patienten?				
Ordinärt:	SÄBO:	Korttiden:	LSS:	BMSS:
Namn på boendet:		Betalar patienten helinackordering: JA NEJ		

Vilka av nedanstående åtgärder har utförts?

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? <i>Exempel: mjölk, saft, juice, läsk, alkoholfri öl</i>	JA	NEJ
Satt in konsistensanpassad kost (vid behov)?	JA	NEJ
Sett över behovet av ätstödjande åtgärder? <i>Exempel: sittställning, hjälpmedel, sällskap</i>	JA	NEJ
Sett över måltidsmiljön tillsammans med patienten?	JA	NEJ
Sett över och ev. åtgärdat patientens munhälsa?	JA	NEJ
När man kryssat JA för samtliga frågor och patientens <u>vikt inte stabiliserats</u> skrivs remiss till Primärvårdens dietistenhet.		

Har patienten provat kosttillägg?	JA	NEJ
Om ja, vad för sort:		

Vad bedöms som ett rimligt mål för behandlingen utifrån patientens allmäntillstånd?		
Viktåterhämtning	Vikstabilitet	Bästa möjliga omvårdnad (palliation)

Patientens uppskattade aktivitetsnivå	
Sängliggande:	Låg fysisk aktivitet, företrädesvis sängliggande:
Uppegående, begränsad till måttlig fysisk aktivitet:	Förhöjd fysisk aktivitet tex: ofrivillig muskelaktivitet, ökat andningsarbete eller liknande

Vem ska kontakten ske med? Fyll i ett av nedanstående.

Patienten	Anhörig	Ansvarig sjuksköterska:
Namn:	Namn:	Namn:
Telefonnummer:	Telefonnummer:	Telefonnummer:

Övrig information om patienten: