



## Legemiddelgjennomgang i bolig – Utviklingshemmede

Sjekklisten er et hjelpeark for å innhente relevant klinisk informasjon om pasienten i forkant av LMG i tverrfaglig team. Den oppbevares i legemiddelperm og arkiveres i pasientens journal.

<b>Tidsplan LMG</b>	<b>4 uker før:</b> Avtal med lege. <b>3 uker før:</b> Blodprøver. <b>4-6 uker etter:</b> Evaluering	
<b>Funksjonsområde/ Utredning</b>	<b>Observasjon/ vurderinger/ forordninger</b>	<b>Anmerkninger og beskrivelser</b>
<b>Pasientens initialer</b> <b>født:</b> _____	<b>Legemiddelgjennomgang:</b> Første LMG <input type="checkbox"/> Evaluering <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	<b>Gericanr:</b> <b>Kjønn:</b>
<b>Samtykkekompetanse /Verge</b>	<b>Mangler samtykkekompetanse til:</b> Ta legemidler <input type="checkbox"/> Blodprøvetakning <input type="checkbox"/> Innleggelse <input type="checkbox"/> Skal verge delta? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Diagnoser</b>	<b>Kjente diagnoser:</b>	
<b>Kommunikasjon</b> <i>Spesifiser på bakside</i>	<b>Kommunikasjonsmåter:</b> Verbalt <input type="checkbox"/> Mimikk <input type="checkbox"/> Tegn <input type="checkbox"/> Pictogram <input type="checkbox"/> Mangler evne <input type="checkbox"/>	
<b>Sirkulasjon/ respirasjon</b>	<b>Puls:</b> _____/min <b>BT:</b> _____mm/Hg	
	<b>Dyspnoe:</b> Ingen <input type="checkbox"/> Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/>	
	<b>Ødemer:</b> Ingen synlige <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/> <b>Dehydrert:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Hud/slimhinner</b>	Kløe <input type="checkbox"/> Utslett <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Tørrhet <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>	
<b>Ernæring</b>  $BMI = \frac{Vekt (kg)}{Høyde (m)^2}$	<b>Vekt:</b> _____ kg <b>BMI:</b> _____ <b>Tannstatus</b> _____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Matlyst _____ Sonde <input type="checkbox"/> Peg <input type="checkbox"/> Drikkeskjema <input type="checkbox"/>	
<b>Måltider</b>	Spiser selv <input type="checkbox"/> Mates <input type="checkbox"/> Moset mat <input type="checkbox"/> Ernæring IV <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Peg <input type="checkbox"/>	
<b>Eliminasjon</b>	<b>Vannlating:</b> Normal <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Permanent kateter <input type="checkbox"/> Antall toalettbesøk natt _____	
	<b>Avføring:</b> Normal <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/> Stomi <input type="checkbox"/> (type: _____)	
<b>Hormonelt</b>	Menstruasjons- /klimakteriebesvær _____	
<b>Psykisk funksjonsnivå</b> <i>Spesifiser på bakside</i>	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/> Selvskading <input type="checkbox"/> Utagering <input type="checkbox"/> Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Demensutredning <input type="checkbox"/>	
<b>Søvn</b>	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/> _____ timer søvn pr døgn	
<b>Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.</b> <b>1 alkoholenhet (AE)</b> tilsvarende en av følgende: 1 liten flaske pils, 1 glass med svakvin á 1,5 dl eller ett shotglass 40 % sprit 0,4 dl. Grenseverdi pr uke: under 9 AE for kvinner, under 13 AE for menn.	Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Tablett gis i: Peg <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Vil ikke ha/motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/> Glemmer å ta legemidler <input type="checkbox"/> Medisiner/naturpreparater som brukes, uten ordinasjon fra lege: _____ Snus/Tobakk: _____ daglig forbruk Alkohol: <input type="checkbox"/> periodisk, spesifiser: _____ <input type="checkbox"/> ukentlig _____ enheter Illegale legemidler/ narkotika _____	
<b>Cave/allergi/annet:</b>		
<b>Generelt</b>	Hvilket problem er viktigst for deg at vi får løst?	



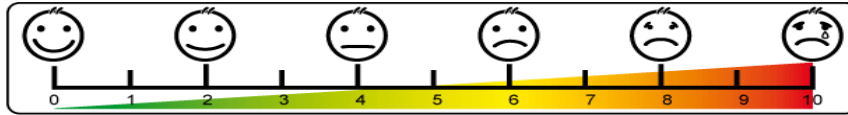
## Legemiddelgjennomgang i bolig – Utviklingshemmede

Sjekklisten er et hjelpemiddel for å innhente relevant klinisk informasjon om pasienten i forkant av LMG i tverrfaglig team. Den oppbevares i legemiddelperm og arkiveres i pasientens journal.

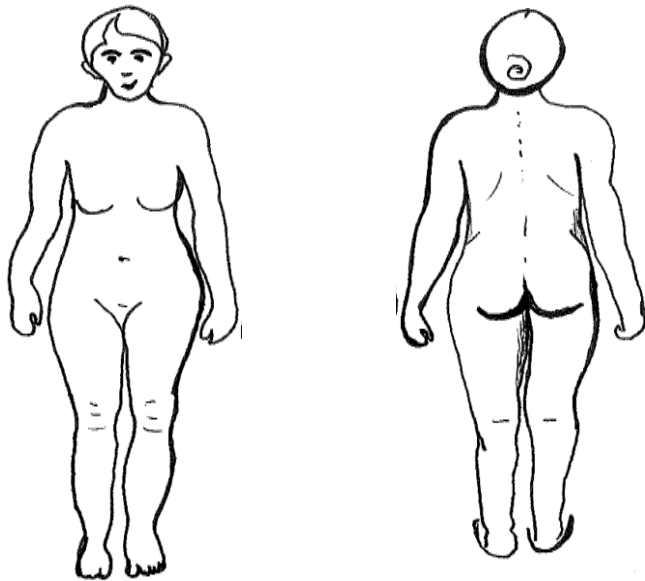
<b>Fysisk funksjonsnivå</b>	Svimmelhet <input type="checkbox"/> Gangfunksjon _____ Fallrisiko <input type="checkbox"/> Fall siste halvår _____ Spasmer <input type="checkbox"/> Skjelvinger <input type="checkbox"/> Stivhet <input type="checkbox"/> Red.bevegelse ledd <input type="checkbox"/> Fin/grov motorisk funksjon _____
-----------------------------	---

<b>Smerter</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kan gi uttrykk for smerte: _____ Hvordan uttrykkes smerte _____ Forsinket smertereaksjon <input type="checkbox"/>
----------------	---

### VAS SMERTESKALA:



Avtegn smerte med VAS skala ved ro og bevegelse. Angi ødem, sår etc. med cm og lokalisasjon.



**Smertene er:**

Kronisk  Periodisk

**Når oppstår/forverres smerter:**

Beskriv smertene og smerteforløpet (om mulig):

**Vurder ut i fra hvordan pasienten pleier å være: 0 er ingenting 10 er verst, sett strek eller tall**

Smerteskalaen er hentet fra retningslinjer for vurdering og behandling av smerter ved Regionhospitalet Hammel:  
[http://e-dok.rm.dk/e-dok/e\\_701001\\_NSF/UI2/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smertevurdering](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_701001_NSF/UI2/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smertevurdering)

<b>ATFERD: Selvstimulering</b>	Siste uke	0 _____ 50 _____ 100 _____
	Siste mnd	0 _____ 50 _____ 100 _____
<b>Utagering</b>	Siste uke	0 _____ 50 _____ 100 _____
	Siste mnd	0 _____ 50 _____ 100 _____
<b>Selvskading</b>	Siste uke	0 _____ 50 _____ 100 _____
	Siste mnd	0 _____ 50 _____ 100 _____

**Vurder ut i fra hvordan pasienten pleier å være: 0 er ingenting 100 er verst, sett strek eller tall**

**Beskriv hvilken kommunikasjon og observasjon som kan anvendes for å vurdere brukers reaksjoner på eventuelle medisinendringer:**

**Hvilke kartleggingsskjema anvendes for denne brukeren:**

<b>Blodprøver</b>	Legeordinert blodprøver bestilt <input type="checkbox"/> Ikke mulig å få tatt blodprøve <input type="checkbox"/> Spesielle hensyn må tas ved prøvetakning: _____ Prøven tas av: Først <input type="checkbox"/> Legekontor <input type="checkbox"/>
-------------------	--

<b>Dato og signatur</b>	
-------------------------	--