

Checklista vid kognitiv svikt

Patientdata:

Datum:

Ifyllt av:

| | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Minnesstörning Försämring av minnet som påverkar ADL/funktionsnivå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Försämrad tankeförmåga Svårare än tidigare att tänka, resonera, lösa problem vilket yttrar sig i svårighet att klara av vardagliga handlingar (t ex betala räkningar, telefonera) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Språkstörning Svårare än tidigare att uttrycka sig i ord eller skrift | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spatial förmåga Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förändringar av personligheten T ex omdömessvikt, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, bristande insikt, förändrat mat/ät beteende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiska problem Nedstämdhet, initiativlöshet, livsleda, ångest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ev. kommentarer: