

Kartlegging av tjenestebehov for personer med parkinsonisme

| | |
|---|--|
| Bruker: Navn: _____ Adresse: _____ Fødselsdato: _____ <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/> Ikke enslig | Dato: _____ Ved behov for tjenester, vennligst ta kontakt med din hjemkommune |
|---|--|

Diagnose:

- Idiopatisk Parkinsons sykdom
 Annen parkinsonisme: _____
 Annen informasjon / dokumentasjon vedlagt: _____

| Fysioterapi | Logopedi |
|--|---|
| Indikasjon: <input type="checkbox"/> Gangfunksjon («Freezing») <input type="checkbox"/> Balanse og fall <input type="checkbox"/> Forflytninger (reise seg opp, snu seg i sengen) <input type="checkbox"/> Fysisk inaktivitet (styrke, utholdenhet, holdning, idrett) <input type="checkbox"/> Plan for egentrening Annet: _____ | Indikasjon: Talen <input type="checkbox"/> Stemme <input type="checkbox"/> Uttale <input type="checkbox"/> Ordleting <input type="checkbox"/> Tygge- og svelgfunksjon <input type="checkbox"/> Sikling / spyttkontroll Annet: _____ |

| Ergoterapi | Ernæringsfysiologi |
|---|---|
| Indikasjon: Selvstendighet, effektivitet og sikkerhet <input type="checkbox"/> Eget hjem (hygiene, påkledning, mobilitet, omsorg av familie) <input type="checkbox"/> Arbeidsplassen <input type="checkbox"/> Fritiden <input type="checkbox"/> Tidsbruk, energibruk <input type="checkbox"/> Håndmotoriske vansker (Skrive, bruke bestikk, knappe knapper, og mer) <input type="checkbox"/> Kognisjon Annet: _____ | Indikasjon: <input type="checkbox"/> Ufrivillig vekttap <input type="checkbox"/> BMI (<18.5 kg/m ² , > 70 år: BMI < 20 kg/m ²) <input type="checkbox"/> Veiledning i ernæring <input type="checkbox"/> Tygge- og svelgevansker <input type="checkbox"/> Forstoppelse <input type="checkbox"/> Redusert effekt av behandling etter matinntak <input type="checkbox"/> Vitamin- og/eller mineralmangel Annet: _____ |

| Sykepleie | Annet |
|---|--|
| Indikasjon: <input type="checkbox"/> Medisin administrasjon <input type="checkbox"/> Stell <input type="checkbox"/> Tilsyn <input type="checkbox"/> Hjelp til leieendring om natten <input type="checkbox"/> Hjelp til måltider <input type="checkbox"/> Hjelp til eliminasjon Behov for sykepleietjeneste: <input type="checkbox"/> Morgen <input type="checkbox"/> Kveld <input type="checkbox"/> Natt _____ x om dagen Annet: _____ | <input type="checkbox"/> Behov for individuell plan <input type="checkbox"/> Behov for avlastning |

Utfylt av: _____