



BPSD-TEAMET

Äldrepsykiatriska sektionen, NSP

Vårdvägen 1

112 81 STOCKHOLM

Fax: 08-1234 96 94

Personnummer:	
Namn:	

BPSD-teamet kommer att göra en bedömning av patient enligt ovan

Med anledning av remiss från leg läkare/Dr	Namn, vårdcentral: Dr	Tel nr:
BPSD-teambesök kommer att göras:	Datum:	Kl:

Remitterande läkare ansvarar för att nedanstående undersökningar genomförs före BPSD-teamets besök.

Blodtryck sittande: _____ / _____ stående: _____ / _____
(efter tre minuter)

Puls _____ slag/min

P-glucos _____

Infektion? Ja Nej

Temp _____

CRP _____

LPK _____

Hb _____

S-Krea _____

U-stickor _____

Auskult. cor/pulm
alt. Nybedömt ekg _____

Vikt (kg, förändringar?) _____

Besvär med? _____

Benödem _____

Smärtor _____

Tandstatus _____

Avföring/miktion _____

Nyinsatta/ändrade
mediciner senaste
månaden _____