

Forberedelse til oligofrenikonsultation

For at sikre et optimalt beslutningsgrundlag skal nedenstående udfyldes af pårørende/personale sammen med patienten før konsultationen:

Patientnavn: _____ **Dato:** _____

Vægt	Højde	Blodtryk	Puls
------	-------	----------	------

- Forbrug af p.n. medicin den sidste måned, evt. 2-3 måneder hvis relevant:

- Søvn
 - Problemer med at falde i søvn?
 - Vågner flere gange om natten?
 - Vågner tidligere end vanligt?
 - Træt og uoplagt i løbet af dagen?

- Afføring (hvis relevant)
 - Hvor ofte? Afføringsform (tynd, normal, hård)? Ændringer i afføringsmønster?

- Kvalme, opkastning, svimmelhed, appetit, motoriske bivirkninger? Går i stå? Ryster på hænderne? Stive bevægelser? Ufrivillige bevægelser? Virker sløv? Andet?

- Primære formål med det konsultationen
 Ønskes medicinændring? Op/nedtrapning? Afsluttes? P.n. medicinering? Andet?

- Behov for receptfornyelse