



Forberedelse til konsultation i oligofrenienheden

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

Patientnavn: _____ Dato: _____

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

- Forbrug af eventuel behovsmedicin (p.n.) 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
 - Hyppighed, afføringsform (tynd, normal, hård), ændringer
- Bivirkninger
 - Kvalme, opkastninger, ændret appetit.
 - Motoriske (fx ryster på hænderne, stive bevægelser, ufrivillige bevægelser)
 - Mentale (fx virker sløv), andre (fx svimmelhed).
- Primære formål/ønske med konsultationen
 - Medicinændring, p.n. medicinering, fortsat behov for tilknytning, andet
- Behov for receptfornyelse?