

# PHASE-Proxy: skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt

## Bakgrundsdata

Namn patient		Personnummer
Boende	Kontaktuppgift sjuksköterska (namn, telefonnummer)	
Skattningen gjord av (namn och förhållande till den person skattningen gäller)		

Uppgifter kring efterfrågade lab- och mätvärden noteras av ansvarig sjuksköterska.

Under de tre senaste månaderna	Ja	Nej	Om ja, beskriv hur ofta det hänt samt trolig orsak
Konfusionsperiod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fallolycka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Datum	Njurfunktionsvärde	Mätvärde	Datum
Längd		<input type="checkbox"/> eGFR-medel		
Vikt		<input type="checkbox"/> P-Kreatinin		

Datum:	Före uppresning	1 min efter uppresning	3 min efter uppresning	5 min efter uppresning
BT <input type="checkbox"/> Liggande / <input type="checkbox"/> Sittande		<del></del>	<del></del>	<del></del>
BT Stående	<del></del>			
Puls				
Patienten är	<input type="checkbox"/> Uppgående	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen	<input type="checkbox"/> Sängbunden	

Övriga kommentarer från t ex anhörig eller sjuksköterska (exempelvis: svårigheter att svälja tabletter hela, osäker inhalationsteknik, övriga hälsfaktorer och händelser av betydelse).

Eventuella kommentarer vid läkemedelsgenomgången (fylls i av person som identifierar läkemedelsrelaterade problem).

# PHASE-Proxy: skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt

Datum	Kontaktuppgift symtomskattare (namn, telefonnummer)	Namn patient
-------	---	--------------

Sätt ett kryss i det alternativ som du bedömer bäst motsvarar patientens besvär (av ev symtom) under **de senaste två** veckorna. Eventuella förtydligande lämnas i *kommentarer*, alternativt under *övriga kommentarer*. Stryk under de symtom som stämmer bäst och stryk över de symtom som inte stämmer.

Symtom	Besvär			Kommentarer	Kan inte bedöma
	Nej	Ja, något/ibland	Ja, uttalat/ofta		
1. Verkar yr/ ostadig/ faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Sover dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Hallucinerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Läten eller ord som uttrycker obehag/smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Ansiktsuttryck som uttrycker obehag/smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Nedstämd/vill vara ifred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Orolig/rastlös/ verkar ångestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Lättirriterad/ utåtagerande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Stel i mimik/kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Torra munslemhinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Verkar illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Svullna ben/anklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17. Verkar andfådd/snabbandad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18. Kissar ofta/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19. Kliar sig/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20. Annat (ange vad, till exempel visar tecken på annat besvär)					
Uppfattad besvärnivå senaste två veckorna?      Något/Ibland <input type="checkbox"/> Uttalat/Ofta <input type="checkbox"/>					

PHASE-Proxy är en version av PHASE-20 (PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) för patienter med gravt kognitiv svikt dvs för personer som är beroende av att någon annan gör symtomskattningen för deras räkning. PHASE-Proxy är framtagen i samarbete mellan LäkeMedelskommittén i Landstinget i Uppsala län, Regionförbundet Uppsala län och Uppsala Universitet. (Hedström M, Carlsson M, Ekman A, Gillespie U, Mörk C, Hulter Åsberg K. (2016). Development of the PHASE-Proxy scale for rating drug-related signs and symptoms in severe cognitive impairment, *Aging & Mental Health*, DOI: 1080/13607863.2016.1232364).

Efterfrågad bakgrundsinformation har justerats för Region Skånes räkning.