

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				
BT Stående				
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 checked="" 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 besvärsnivå 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 Läkemiddelskommittén 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.