

**Remiss till dietistmottagningen**

<b>Remissdatum:</b>	<b>Kommun:</b>	
<b>Remissansvarig (namn &amp; befattning):</b>	<b>Telefonnummer:</b> <b>Faxnummer:</b>	
<b>Personnummer:</b>	<b>Namn:</b>	
<b>Är boendeformen beslutad enligt SOL eller LSS:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Behov av tolk:</b>	
<b>Kontaktorsak/Nutritionsproblem:</b>		
<b>Diagnoser:</b>	<b>Aktuell vikt:</b> <b>Vikthistorik:</b> <b>Längd:</b>	
<b>Har patienten:</b>		
<input type="checkbox"/> Nattfasta över 11 h	<input type="checkbox"/> Berikad mat	<input type="checkbox"/> Mer än 4 måltider/mellanmål/dag
<input type="checkbox"/> Mellanmål	<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Stöd vid måltid
<input type="checkbox"/> Konsistensanpassning	<input type="checkbox"/> Kontrollerat munstatus	
<b>Vem vill ni att vi ska ta kontakt med:</b>		
<input type="checkbox"/> Patienten själv	Tel. Nr:	
<input type="checkbox"/> Kontaktperson i hemtjänst:	Tel. Nr:	
<input type="checkbox"/> Patientansvarig sjuksköterska:	Tel. Nr:	
<input type="checkbox"/> Anhörig/annan:	Tel. Nr:	
<b>Skickas till:</b> Samrehab, Dietistmottagningen, Oskarshamns sjukhus, Box 701, 572 28 Oskarshamn Faxnummer: 0491-78 25 89 <b>Det är viktigt med rätt ifyllda kontaktuppgifter för att vi ska kunna nå patienten/kontaktpersonen så snart som möjligt.</b>		

## **Instruktion till hur remissen ska fyllas i:**

**Kontaktorsak:** Vad önskar ni för hjälp? Vad är det patienten behöver?

Råd angående konsistensanpassning? Energirik mat?

**Diagnoser:** Är patienten dement? Förlamad?

**Aktuell vikt:** Jätteviktigt att vi har en aktuell vikt när vi börjar en kostbehandling. Ska patienten ha sondkost räknas mängden ut efter nuvarande vikt. Med hjälp av vikten kan vi utvärdera behandlingen.

### **Har patienten:**

**Nattfasta mer än 11 h:** Är tiden från sista måltiden på kvällen till första måltiden nästa morgon mer än 11 h?

**Konsistensanpassning:** Behöver patienten konsistensanpassning? Exempel på konsistenser/konsistensanpassning: Hjälp att få maten delad. Grov paté; maten är lätt att dela med gaffel typ saftig mjuk köttfärslimpa. Timbal; maten är slät, mjuk, kort och har sammanhållen konsistens, kan ätas med gaffel eller sked. Förtjockade drycker.

**Berikad mat:** Berikar man avsiktligt patientens måltider med t.ex. smör, olja, mjölkpulver och/eller tillbehör?

**Matdistribution:** Har patienten beviljande för matdistribution?

**Kontrollerat munstatus:** Har bedömning av munstatus gjorts?

**Mer än 4 måltider/dygn:** Äter patienter fler än 4 måltider per dygn, t.ex. frukost, lunch, middag och 1 mellanmål. Exempel på andra måltider: förfrukost, sent kvällsmål, nattmål.

**Stöd vid måltid:** Behöver patienten någon typ av stöd i samband med måltid? T.ex. hjälp att komma igång att äta? Uppmuntran och påstötning under måltiden? Hjälp med matning? Andra ätstödande åtgärder?

**Mellanmål:** Äter patienten energi- och proteinrika mellanmål t.ex. ostkaka, berikade smoothies, smörgås med mycket pålägg och matfett eller liknande mellanmål?

**Kontaktperson:** Jätteviktigt att det står vem det är vi ska kontakta. Kan/bör inte patienten tala för sig själv så måste vi ha namn och nummer på den vi ska ringa så har vi möjlighet att ta kontakt snabbare.