NAVN:Klik eller tryk her for at skrive tekst. CPR:Klik eller tryk her for at skrive tekst. DATO:Klik eller tryk for at angive en dato.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ÆNDRINGER I SØVN | |  |  | JA | NEJ |
|  | – *f.eks. svært ved at falde i søvn, vågen om natten, vågner tidligt om morgenen* | | |  |  |

ÆNDRINGER I ENERGI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *– f.eks.* *mere/mindre træt, øget aktivitetsniveau, talepres, motorisk urolig* |  |  |

ÆNDRINGER I HUMØR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *– f.eks. aggressiv, trist, ked af det, indadvendt, irritabel, vredladen, overglad* |  |  |

ÆNDRINGER I FUNKTIONSNIVEAU (FUNKTIONSTAB)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *– f.eks. ændringer i påklædningsmønster, daglige gøremål* |  |  |

ÆNDRINGER I HUKOMMELSE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | – *f.eks. glemmer navne, ansigter, nyere begivenheder, taber/mister genstande* |  |  |

ÆNDRINGER I HYGIEJNE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | – *f.eks. lejlighedsvise uheld (afføring, urin), mere urenlig, mere rodet lejlighed* |  |  |

ÆNDRINGER I VÆGT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | – *vægttab/-øgning,* evt. antal kilo +/- \_\_kg |  |  |

ÆNDRINGER I APPETITTEN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | – *større/mindre appetit* |  |  |

SEKSUALITET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | – *øget/nedsat seksualdrift* |  |  |

PSYKOTISK ADFÆRD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *- f.eks.* *snakker med sig selv, råber i lejligheden, beskriver at se ting, der ikke er til stede, beskriver at høre stemmer, mørk i øjnene, føler sig overvåget* |  |  |

RITUEL ADFÆRD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | - *f.eks. kontrol-adfærd, øget behov for at udøve ritualer (f.eks. vaske hænder, tælle/stable ting på bestemte måder)* |  |  |

SELVSKADE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | - *f.eks. banker hovedet i væggen, skærer i sig selv, slår sig selv* |  |  |

SELVMORDSTANKER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | - *f.eks*. *tanker om dette, trusler om selvmord, udtrykker planer*  **OBS! ved utryghed, kontakt da lægen** |  |  |

ANDRE VÆSENTLIGE ADFÆRDSÆNDRINGER, SOM IKKE ER BESKREVET OVENFOR

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Beskriv:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

OVERVEJELSER OMKRING ÅRSAGER TIL ADFÆRDSÆNDRINGER HOS BORGEREN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | - fx tab af kontaktpersoner/familiemedlemmer/venner, mistrivsel, stressbelastning, mistanke om fx smerter, fysisk sygdom, blærebetændelse, forstoppelse, væskemangel  **Beskriv:** |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Hvis der observeres ændringer i adfærd i flere af punkterne ovenfor, kan det være relevant at tale med praktiserende læge ang. dette. Skemaet kan være udgangspunkt for samtalen.

Ved mistanke om psykisk lidelse kan egen læge evt. selv iværksætte relevant behandling eller henvise via Psykiatriens Centrale Visitation til Klinik 1, Team for psykisk syge udviklingshæmmede i Skejby. Med henvisningen sendes dette udfyldte skema.

**HUSK:**

* OVERVEJ OM ET SUNDHEDSTJEK (INKL. BLODPRØVER) KUNNE VÆRE RELEVANT (ANBEFALES 1 GANG ÅRLIGT HOS PERSONER MED UDVIKLINGSHÆMNING)
* AT DET ER VIGTIGT AT INDDRAGE MEDARBEJDERE FRA BORGERENS ARBEJDSPLADS/UDDANNELSESSTED, DA KONTAKTPERSONER HER KAN BIDRAGE ELLER SUPPLERE MED RELEVANTE OPLYSNINGER