

Remiss till dietistmottagningen

Remiss från enhet/boende, avdelning/mottagning		Personnummer
Remissdatum	Remittent (namn, titel)	Namn
Remittentens telefonnummer		

Diagnos, sjukdomstillstånd	Födoämnesallergi, intolerans, överkänslighet	
Problemformulering enligt remittenten/kontaktorsak (Ex viktnedgång, lågt energi- och/eller proteinintag, födoämnesallergier)		
Patientens upplevda problem och syfte med remissen (Är patienten motiverad till nutritionsbehandlingen? Har patienten förstått sitt nutritionsproblem, eventuella konsekvenser vid otillräckligt näringsintag?)		
Anamnes		
Längd	Vikt	BMI
Viktnedgång över tid (ex 4 kilos viktnedgång senaste tre månaderna)		MNA



Nutrition (ex längd på nattfasta. Mun- och tandstatus som påverkar nutritionsintaget. Aptit, portionsstorlek, sväljsvårigheter. Funktionella svårigheter att äta. Mag-tarmrelaterade besvär. Matdistribution? Tillgång till råvaror (möjlighet/förmåga till inköp av livsmedel). Kunskap/färdigheter avseende matlagning.

Har några åtgärder provats? I så fall vad? Hur blev resultatet?

Aktivitetsnivå (ex rullstolsburen, sängliggande, uppegående, vandrande vid demens, hög muskeltonus eller ökat andningsarbete)

Socialt (ex boendeform, civilstånd, namn och telefonnummer till anhörig/kontaktperson/god man)

Lämpligt med vård via videosamtal: JA _____ NEJ _____

Är patienten orienterad och för sin egen talan?

I andra hand kontaktas remittenten, anhörig/kontaktperson.

OBS! Remissen återsänds om den inte är fullständig vad gäller relevanta uppgifter