

## Remiss till dietistmottagningen för vårdgivare utanför Cosmic

**Remissdatum:**

**Kommun:**

**Remissansvarig (namn & befattning):**

Telefonnummer:

**Personnummer:**

**Namn:**

**Behov av tolk:**

**Boendeform (SOL/LSS/ordinärt):**

**Kontaktorsak/Nutritionsproblem:**

**Diagnoser:**

**Aktuell vikt:**

Vikthistorik:

Längd:

**Nuvarande insatser när det gäller matintag (berikning, matdistribution, stöd vid måltid mm):**

**Kontakta i första hand:**

**1. Namn:**

**Nummer:**

**2. Namn:**

**Nummer:**

**Skickas till:** Vår fiktiva Messengerbrevlåda: Dietistmottagningen Vvik

Fiktivmessengerbrevlåda eller Dietistmottagningen, Västerviks sjukhus, 593 81

Västervik.

**Det är viktigt med rätt ifyllda kontaktuppgifter för att vi ska kunna nå patienten/kontaktpersonen så snart som möjligt.**

## **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.

### **Nuvarande insatser när det gäller matintag:**

**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?

**Kontakta i första hand:** 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.