**Dietistremiss vid malnutrition**

|  |
| --- |
| Personnummer: |
| Namn: |
| Adress: |
| Telefon: |

Primärvårdens hälsoenhet
Norrgatan 15
35231 Växjö

|  |
| --- |
| Kontaktperson (den som bäst kan redogöra för patientens behov): |
| Kontaktperson tel: | Remissvar skickas till: |
| Remissdatum: |
| Remittent: |

|  |
| --- |
| Kontaktorsak: |
| Ange i mått och enheter vad din patient äter och dricker under en dag: |
| Aptit: | God | Mindre god | Dålig | Annan sjukdom relevant för remissen: |

 **Ät- och sväljförmåga Viktutveckling**

|  |  |
| --- | --- |
| Illamående: | Vikt för 1 år sedan: |
| Förstoppning: | Vikt för 6 mån sedan: |
| Kräkningar: | Aktuell vikt: |
| Diarré: | BMI: |
| Dysfagi: | Längd: |
| Tandstatus: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matdistribution: | Nej | Ja | Om ja, hur ofta |
| Antal huvudmål: | Antal mellanmål: |
| Tidigare testat näringsdryck: | Nej | Ja | Tidigare dietistkontakt: | Nej | Ja |