

Kliniske beslutningsprocesser i rutinebehandling (CDRC-S) Del 1

Disse spørgsmåle omhandler dit seneste møde med din patient

1. Hvornår fandt mødet sted? (DD.MM.ÅÅÅÅ)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

[CDRCS01]

2. Hvor lang tid varede mødet? min

[CDRCS02]

3. På mødet med din patient hvilke emner blev der truffet beslutning om?

Markér venligst for hvert af de følgende emner om det blev diskuteret og om der blev truffet en beslutning eller ej. Husk venligst at en beslutning om ikke at ændre situationen også er en beslutning.

| | Ikke diskuteret | Diskuteret, ingen beslutning | Diskuteret, beslutning truffet | |
|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Symptomer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS03] |
| Forholdsregler ifm. forværring af sygdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS04] |
| Fysisk helbred | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS05] |
| Arbejde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS06] |
| Pension/(offentlig)støtte/økonomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS07] |
| Medicin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS08] |
| Bivirkning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS09] |
| Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS10] |
| Venner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS11] |
| Yderligere behandlingsmetoder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS12] |
| Fritid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS13] |
| Andet? _____ (Uddyb venligst) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [CDRCS14] |

4. Aktuel beslutning

Beskriv kort, med dine egne ord, detaljerne i beslutningen der blev truffet på seneste møde med din patient. Skriv venligst så tydeligt som muligt (brug gerne blokbogstaver). Hvis der blev truffet flere beslutninger på mødet, så vælg venligst en til uddybelse du personligt finder vigtig. Ellers skriv venligst "ingen beslutning truffet", hvis det er tilfældet.

[CDRCS15]