

Version **17.a** Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2017-01-01** och därefter

För registrering av TIA-diagnos utan trombolys eller trombektomi använd särskilt TIA-formulär!

RIKSSTROKE - AKUTSKEDET FÖR REGISTRERING AV STROKE

Personnummer -

Namn Kön 1= man 2= kvinna

Rapporterande sjukhus Avdelning

Ifyllt av (namn på person som fyller i formuläret)

----- ANKOMST / INLÄGGNING -----

Strokediagnos

I 61= Hjärnblödning / G

I 63= Hjärninfarkt (cerebral infarkt)

I 64= Akut cerebrovasculärt insjuknande, ej specificerat som blödning eller infarkt

G 45.X= TIA (som resultat av trombolys eller trombektomi för stroke med **fullständig symtomregress** inom 24 timmar efter insjuknandet)

Insjuknandedag (ÅÅMMDD)

Insjuknandetid (TIM.MIN)

Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom.

Om redan inlagd patient drabbades av stroke och insjuknandetid är okänd, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom.

Om enbart hel timme kan fastslås, ange **i första hand** minuter som närmast **hel eller halv timme**; ange **i andra hand** minuter som "99" och ange så exakt tid som möjligt i *Tidsintervall* nedan.

Om insjuknandetid är okänd, registrera "99.99" och ange så exakt tid som möjligt i *Tidsintervall* nedan.

Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus

(Besvaras om insjuknandetid är okänd [99.99] eller om enbart timme kan fastslås [ex 10.99])

1= inom 3 tim 2= inom 4,5 tim 2a= inom 6 tim 3= inom 24 tim 4= efter 24 tim 9= okänt

Om patienten vaknade med symtom ange tidsintervall från när patienten var utan symtom.

Om ineliggande patient drabbades av stroke och insjuknandetid är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknande till upptäckt av strokeinsjuknande.

Larm för trombolys/trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"

1= ja 2= nej 9= okänt

TROMBEKTOMI-center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi

1= ja 2= nej 9= okänt

Patienten kom med ambulans

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Patienten vaknade med symtom

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Patienten vårdades ineliggande för strokeinsjuknandet

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Patienten var redan inlagd på sjukhus vid strokeinsjuknandet

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Patienten var först inlagd på annat sjukhus för strokeinsjuknandet

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Ankomst till sjukhus

(avser det sjukhus där patienten först vårdades för detta strokeinsjuknande)

Ankomstdag till sjukhus (ÅÅMMDD)

|_|_|_|_|_|_|_|

Tidpunkt för ankomst till sjukhus (TIM.MIN)

|_|_|_|_|_|_|_|

Ankomst till strokeenhet

(avser den strokeenhet där patienten först vårdades för detta strokeinsjuknande)

Ankomstdag till strokeenhet (ÅÅMMDD)

|_|_|_|_|_|_|_|

Tidpunkt för ankomst till strokeenhet (TIM.MIN)

|_|_|_|_|_|_|_|

Inlagd först på

|_|

1= Vårdavdelning som är annan typ av vårdavdelning än svarsalternativen nedan (2, 3, 4 eller 6)

2= Strokeenhet

3= Intagnings/obs-avd.

4= Intensivvårdsavd.

5= Annat (fyll i vidstående fält)

6= Neurokirurgisk avd.

9= Okänt

----- ADL/Boende FÖRE INSJUKNANDET i stroke -----

För samtliga svarsalternativ rörande ADL/Boende gäller: 9=okänt

Boende

|__|

1= Eget boende utan hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

2= Eget boende med hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

3= Särskilt boende, (ex. servicehus, korttidsboende, sjukhem eller motsvarande)

5= Annat (fyll i vidstående fält) *Annat*

Ensamboende

|__|

1= Patienten bodde helt ensam

2= Patienten delade hushåll med make/maka/sambo eller annan person t.ex. syskon, barn eller föräldrar

Hjälpbehov (innefattar hjälp med personligt ADL och/eller hushålls-ADL)

|__|

1= Patienten klarar sig helt själv utan hjälp

2= Patienten behöver hjälp av någon annan

Rörlighet

|__|

1= Patienten kunde förflytta sig själv utan tillsyn både inomhus och utomhus, användning av hjälpmedel tillåtet

2= Patienten kunde förflytta sig ensam inomhus, men ej utomhus, användning av hjälpmedel tillåtet

3= Patienten fick hjälp av annan person vid förflyttning eller patienten var sängbunden

Toalettbesök

|__|

1= Patienten klarade toalettbesök helt själv

2= Patienten fick hjälp till toalett eller med toalettbesök, kunde inte ta sig till toaletten själv, eller använde bäcken, blöja eller behövde hjälp med att torka sig eller ta på sig kläder

Kläder

|__|

1= Patienten klarade påklädning helt själv, även ytterkläder, skor och strumpor, eller behövde endast hjälp med att knyta skor

2= Patienten fick hjälp med att hämta kläder eller fick hjälp med av- och påklädning eller förblev oklädd

AKUTVÅRD/DIAGNOSTIK

RISKFaktorER

Svarsalternativ: 1= ja 2= nej 9= okänt

- Stroke tidigare
- TIA/ Amaurosis fugax tidigare? (Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi)
- Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad
(Gäller även intermittent flimmer eller fladder)
- Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhuset eller under vårdtiden
(Gäller även intermittent flimmer eller fladder)
- Diabetes, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt
- Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet
- Rökning (\geq en cigarett/dag, eller slutat under de senaste 3 mån)

STROKE SVÅRIGHETSGRAD

Medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset
1= fullt vaken (RLS 1) 2= slö men kontaktbar (RLS 2-3) 3= medvetslös (RLS 4-8) 9= okänt

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) vid inläggning (inom 24 tim) utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär
Ange totalpoäng (om 24 poäng eller mer, kan man ange 24 p) 99= okänt/ej undersökt

Fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd vid inläggning (inom 24 tim) utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär 1= ja 2= nej 9= okänt

UNDERSÖKNING HJÄRNA

- Datortomografi hjärna under vårdtiden 1= ja 2= nej 9= okänt
- MR hjärna under vårdtiden 1= ja 2= nej 9= okänt
- Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna under vårdtiden visade:
1= färsk hjärninfarkt 2= ingen färsk hjärninfarkt 9= osäkert/okänt undersökningsfynd

UNDERSÖKNING KÄRL

Svarsalternativ: 1= ja 2= nej 3= undersökning inom 28 dagar före insjuknande 9= okänt

Ultraljud halskärl genomförd

Undersökningsdatum (ÅÅ-MM-DD)

DT- angiografi genomförd (avser inte DT-perfusion)

Undersökningsdatum (ÅÅ-MM-DD)

MR-angiografi genomförd

Undersökningsdatum (ÅÅ-MM-DD)

Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi
(fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde)

1= halskärlen 2= intrakraniella kärl 3= både halskärl och intrakraniella kärl 9= okänt

----- **UNDERSÖKNING SVÄLJFÖRMÅGA/TAL** -----

Sväljförmåga testad

1= ja (dokumenterad i journal) 2= nej/okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal)

3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient

Bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion under vårdtiden

1= ja 2= nej, inget behov

3= nej, patienten har behov men ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig

9= okänt eller patient avböjer bedömning

Bedömd av logoped avseende talfunktion under vårdtiden

1= ja 2= nej, inget behov 3= nej, patienten har behov men ingen logoped tillgänglig

4= nej, men beställt till efter utskrivningen 5= nej 9= okänt eller patient avböjer bedömning

----- **UNDERSÖKNING HJÄRTA** -----

Långtids-EKG (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden

1= ja 2= nej 3= nej, beställt till efter utskrivningen 9= okänt

----- **INFORMATION** -----

Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet

1= ja 2= nej, eller patienten har avböjt information 3= ej relevant p g a patientens tillstånd

9= okänt

Information given om bilkörning

1= ja 2= nej 3= ej relevant/saknar körkort eller p g a patientens tillstånd

9= okänt

----- **LÄKEMEDELSBEHANDLING** -----

Svarsalternativ 1= ja 2= nej 3= nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning
9= okänd

	Vid insjuknande	Vid utskrivning*
Blodtryckssänkande läkemedel (avser samtliga grupper och oberoende av indikation)	_	_
Statiner (t ex Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastatin)	_	_
Trombocythämmare:		
ASA (t ex Trombyl)	_	_
Clopidogrel (t ex Plavix)	_	_
ASA + dipyridamol (Asasantin)	_	_
Dipyridamol (Persantin)	_	_
Andra trombocythämmare än ovanstående (t ex Brilique, Efient, Pletal, Possia)	_	_
Perorala antikoagulantia:		
Warfarin (Waran)	_	_
Om ja, behandling med warfarin vid insjuknande ange PK (INR)-värde oavsett diagnos 9,9=okänt	_ , _	
Apixaban (Eliquis)	_	_
Dabigatran (Pradaxa)	_	_
Rivaroxaban (Xarelto)	_	_
Edoxaban (Lixiana)	_	_
Andra perorala antikoagulantia än ovanstående	_	_

**Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia
under vårdtiden** (ÅÅMMDD)

|_|_|_| || |_|_| || |_|_|

Om behandling pågick vid insjuknande och kortare uppehåll än 36 tim
under vårdtiden, ange ankomstdag till sjukhus.

**Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej var insatt under vårdtiden
vid förmaksflimmer och hjärninfarkt (I63)**

|_|

1= planerad insättning efter utskrivning 2= kontraindicerat (enl. FASS)

3= interaktioner med andra läkemedel/naturläkemedel (enl. FASS)

4= försiktighet (enl. FASS) 5= falltendens 6= demens

7= patienten avstår behandling 8= annan anledning 9= okänt

* Läkemedel anges EJ vid utskrivning om patienten avlidit under akutskedet!

----- HJÄRNBLÖDNING -----

Lokalisation av hjärnblödning (I61)

|_|

1= Storhjärna, central/djup

2= Storhjärna, lobär/ytlig

3= Storhjärna, ospecificerat om djup eller ytlig

4= Hjärnstam

5= Lillhjärna

6= Flera olika lokalisationer

7= Annan

9= Okänd

Blödning med ventrikelgenombrott

1= ja

2= nej

9= okänt

|_|

Om behandling med perorala antikoagulantia (warfarin/NOAK) vid insjuknande i hjärnblödning (I61), reversering genomförd.

1= ja

2= nej

9= okänt

|_|

Läkemedel vid reversering av hjärnblödning (I61)

1= ja

2= nej

9= okänt

Protrombinkomplexkoncentrat, PCC (Ocplex, Confindex)

|_|

Vitamin-K (Konakion, antidot till Waran)

|_|

Idarucizuman (Praxbind, antidot till Pradaxa)

|_|

Neurokirurgisk åtgärd genomförd för hjärnblödning

|_|

1= ja

2= nej

9= okänt

Åtgärdsdatum (ÅÅ-MM-DD)

|_|_| || |_|_| || |_|_|

Ange Riksstroke sjukhuskod för sjukhuset där neurokirurgi för hjärnblödning genomfördes

888= utlandskod

999= okänd sjukhuskod

|_|_|_|

----- TROMBOLYS -----

Trombolys – givet för akut stroke ex. Actilyse

(Om behandling påbörjades men avbröts/ fullföljdes inte, ange svarsalternativ 1= ja)

1= ja 2= nej 3= ja, ingår i trombolys-studie 9= okänt

Om nej, orsak till varför trombolys inte är givet (Flera svarsalternativ är möjliga)

= hjärnblödning = för milda symtom = för svåra symtom

= ej möjligt att ge behandling inom 4,5 tim från insjuknande

= andra kontraindikationer för trombolys = annan anledning (ex. okänd insjuknandetid)

= felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan

= nödvändig kompetens saknades (ex. läkare m trombolys erfarenhet, bedömning av radiologi)

= okänt

Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombolys

(ÅÅMMDD)

(tim.min)

Ange Riksstroke sjukhuskod där trombolys är givet

888= utlandskod 999= okänd sjukhuskod

----- TROMBEKTOMI -----

Patient vårdad vid strokeenhet med trombektomi-center 1= ja 2= nej 9= okänt

Om vårdad trombektomi-center, överflyttad dit från annat sjukhus

1= ja, för ev. trombektomi 3= ja, för annan orsak än trombektomi.....

2= nej 9= okänt

Trombektomi – genomförd för akut stroke (avser ej op. halskärl för sekundär prevention)

(Om behandling påbörjades men avbröts/fullföljdes inte, ange svarsalternativ 1= ja)

1= ja 2= nej 3= ja, ingår i trombektomi-studie 9= okänt

Om ja, trombektomi genomförd för akut stroke i

1= främre cirkulationen 2= bakre cirkulationen (basilaris) 9= okänt

Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombektomi

(ÅÅMMDD)

(TIM.MIN)

Ange Riksstroke sjukhuskod där trombektomi genomfördes

888= utlandskod 999= okänd sjukhuskod

----- UTVÄRDERING AV TROMBOLYS/TROMBEKTOMI -----

NIHSS utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär

Ange totalpoäng (om 24 poäng eller mer, kan man ange 24 p) **99=** okänt/ej undersökt

- Vid trombolyssstart |_|_|
- Vid trombektomistart |_|_|
- Ett dygn efter trombolyss/trombektomi |_|_|

Fullständig NIHSS bedömning (upptill 24 poäng) utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär utförd

1= ja 2= nej 9= okänt

- Vid trombolyssstart |_|
- Vid trombektomistart |_|
- Ett dygn efter trombolyss/trombektomi |_|

Fullständig symtomregress efter trombolyss/trombektomi inom 24 timmar efter strokeinsjuknande

1= ja 2= nej 9= okänt

|_|

Hjärnblödning med klinisk försämring inom 36 timmar efter trombolyss/trombektomi

1= ja 2= nej 9= okänt

(Svarsalternativ 1= ja anges enbart om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 poäng eller mer på NIHSS, oavsett hur stor blödning DT/MR visar)

|_|

----- HEMIKRANIEKTOMI -----

Hemikraniektomi genomförd för expansiv ischemisk stroke (hjärninfarkt)

1= ja 2= nej 3= ja, ingår i hemikraniektomi-studie 9= okänt

|_|

Datum för hemikraniektomi (ÅÅMMDD)

|_|_| || |_|_| || |_|_|

Ange Riksstroke sjukhuskod där hemikraniektomi är genomförd

888= utlandskod **999=** okänd sjukhuskod

|_|_|_|

----- **UTSKRIVNING efter AKUTVÅRD** -----

Utskrivningsdag (avser slutlig utskrivningsdag från akutskedet) | _ | _ | | | | | | |
ÅÅMMDD

Avliden datum (avser dödsfall under vårdtiden) | _ | _ | | | | | | |
ÅÅMMDD

Vårdavdelning under akutskedet, avser även vårdavdelningar vid andra sjukhus under akutskedet
(Flera svarsalternativ möjliga)

| _ | | = Vårdavdelning som är annan typ av vårdavdelning än svarsalternativ nedan

| _ | | = Strokeenhet | _ | | = Intagnings/obs-avd.

| _ | | = Intensivvårdsavd. | _ | | = Annat (fyll i vidstående fält)

| _ | | = Neurokirurgisk avd. | _ | | = Okänt

Om vårdad utanför Strokeenhet, ange totala antalet vårddagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning | _ | _ | _ |
(Inläggningdag= dag 1) **999**= okänt

UTSKRIVEN TILL efter AKUTVÅRD | _ | _ |

1= eget boende 2= särskilt boende (ex grupp-, korttids-, service- eller vårdhemsboende)

4= annan akutklinik (=fyll i Eftervård) 5= geriatrik/rehab (=fyll i Eftervård)

6= avliden under vårdtiden 7= annat (t.ex patient som bor i annat land) 9= okänt

11= fortfarande inneliggande 12= annan strokeenhet för eftervård (=fyll i Eftervård)

13= vårdcentral med akutplatser (=fyll i Eftervård)

Adress, telefon vid Utskrivs till i klartext för alt. 1, 2, 4, 5, 7

----- **REHABILITERINGSPLAN efter utskrivning från AKUTVÅRD** -----

Flera svarsalternativ möjliga

| _ | | = **Hemrehabilitering** med multidisciplinärt rehabteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens

| _ | | = **Inget rehabiliteringsbehov** föreligger enligt teambedömning (Gäller även för patienter som bor på särskilt boende utan rehabiliteringspotential)

| _ | | = **Övrig hemrehabilitering**

| _ | | = **Enbart självträning**

| _ | | = **Dagrehabilitering** eller motsvarande (avser teambaserad rehab under en definierad tidsperiod)

| _ | | = **Patienten tackar nej** till erbjuden rehabilitering

| _ | | = **Poliklinisk rehabilitering** (avser rehabilitering vid enskilda besök)

| _ | | = Rehabiliteringsbehov finns, men **rehab finns inte tillgängligt**

| _ | | = **Omvårdnadsboende med rehab** (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem)

| _ | | = Okänt

----- **EFTERVÅRD** gäller vård inom landstingsfinansierad slutenvård -----

Inskrivningsdag

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Utskrivningsdag

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

UTSKRIVEN TILL från EFTERVÅRD

|_|_|_|

1= eget boende

2= särskilt boende (ex grupp-, korttids-, service- eller vårdhemsboende)

4= annan akutklinik

6= avliden under vårdtiden

7= annat (t.ex patient som bor i annat land) 9= okänt

11= fortfarande inneliggande 13= vårdcentral med akutplatser

Adress, tel vid Utskrivs till i klartext för alt. 1, 2, 4, 7

----- **REHABILITERINGSPLAN** efter utskrivning från EFTERVÅRD -----

Flera svarsalternativ möjliga

|_|_|_|= **Hemrehabilitering** med multidisciplinärt rehabteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens

|_|_|_|= **Övrig hemrehabilitering**

|_|_|_|= **Dagrehabilitering** eller motsvarande (avser teambaserad rehab under en definierad tidsperiod)

|_|_|_|= **Poliklinisk rehabilitering** (avser rehab vid enskilda besök)

|_|_|_|= **Omvårdnadsboende med rehab** (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem)

|_|_|_|= Enbart **själpträning**

|_|_|_|= **Inget rehabiliteringsbehov** föreligger enl. teambedömning (Gäller även för patienter som bor på särskilt boende utan rehabiliteringspotential)

|_|_|_|= **Patienten tackar nej** till erbjuden rehabilitering

|_|_|_|= Rehabiliteringsbehov finns, men **rehab finns inte** tillgängligt

|_|_|_|= Okänt

----- **UPPFÖLJNING** -----

Återbesök på grund av det aktuella strokeinsjuknandet är planerat hos sjuksköterska eller läkare (Flera svarsalternativ möjliga)

|_|_|_| = ja, på särskild strokemottagning (på eller utanför sjukhuset)

|_|_|_| = ja, på annan sjukhusmottagning/avdelning

|_|_|_| = ja, på vårdcentral/motsvarande

|_|_|_| = ja, på särskilt boende

|_|_|_| = ja, på dagrehab

|_|_|_| = nej

|_|_|_| = okänt

----- REHABILITERING under SLUTENVÅRD -----

Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av arbetsterapeut

Svarsalternativ 1= ja, ≤ 24 tim 2= ja, > 24 tim men ≤ 48 tim 3= ja, > 48 tim
5= nej 9= okänt

Patienten har under slutenvårdsperioden erhållit arbetsterapi

Svaren avser sammanlagd tid arbetsterapi i medeltal per dag, under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov (gäller veckans 7 dagar).

1= ja ≥ 30 min 2= ja < 30 min
3= nej, har haft behov men ej fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden (t.ex. pga. isolering, patienten ej anträffbar)
4= nej, har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering (t.ex. pga. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring)
5= nej, har inte haft behov (t.ex. vid frånvaro av sensomotoriska/kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling, samt patienter i palliativ vård)
6= patient har avböjt
9= okänt

Datum för behandlingsstart (ÅÅMMDD)
(Avser ej bedömning)

Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av sjukgymnast/fysioterapeut

Svarsalternativ 1= ja, ≤ 24 tim 2= ja, > 24 tim men ≤ 48 tim 3= ja, > 48 tim
5= nej 9= okänt

Patienten har under slutenvårdsperioden erhållit sjukgymnastik/fysioterapi

Svaren avser sammanlagd tid sjukgymnastik/fysioterapi i medeltal per dag, under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov (gäller veckans 7 dagar).

1= ja ≥ 30 min 2= ja < 30 min
3= nej, har haft behov men ej fått någon sjukgymnastik/fysioterapi alls under vårdtiden (t.ex. pga. isolering, patienten ej anträffbar)
4= nej, har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering (t.ex. pga. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring)
5= nej, har inte haft behov (t.ex. vid frånvaro av sensomotoriska/kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling, samt patienter i palliativ vård)
6= patient har avböjt
9= okänt

Datum för behandlingsstart (ÅÅMMDD)
(Avser ej bedömning)