



## Registrering av stroke hos barn

### Akutskedet

Version 2.1

**Ifyllt formulär skickas till:**

Barnriksstroke, registerkoordinator  
Astrid Lindgrens Barnsjukhus C10:33  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
Eugeniavägen 23

171 76 STOCKHOLM

**Kontaktuppgift, e-post:**

katinka.fellman@regionstockholm.se

## A/ Patientdata och diagnos

<b>1. Rapportera sjukhus (klartext)</b>	
<b>2. Formulär ifyllt av</b> (namn och e-post/telefonnummer)	
<b>3. Patientinformation om dataregistrering given</b> (hämtas på <a href="http://www.barnriksstroke.se">www.barnriksstroke.se</a> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>4. Patientnamn</b> (för- och efternamn)	
<b>5. Patientens personnummer</b> (ÅÅMMDD-XXXX)	_____ - _____
Hemspråk/modersmål (om ej svenska)	<input type="checkbox"/> Engelska <input type="checkbox"/> Arabiska <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket _____

**Barnriksstroke rekommenderar att patient med skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras. Saknas personnummer, ska personens samordningsnummer eller reservnummer registreras.**

---

### 6. Kön

- Pojke       Flicka

---

### 7. Funktionshinder före insjuknandet?

- Ja       Nej       Vet ej

**Om Ja, specificera:**

- motoriskt funktionshinder  
 psykisk utvecklingsstörning  
 neuropsykiatriskt funktionshinder  
 synnedsättning

---

### 8. Ange diagnosnummer

- I 60 = Subarachnoidal blödning  
 I 61 = Intracerebral blödning  
 I 63 = Cerebral infarkt  
 I 67.6 Cerebral venös trombos / I 63.6 Infarkt orsakad av cerebral venös trombos  
 I 64 = Akut cerebrovasculärt insjuknande UNS  
 G 45.X = trombolysbehandling eller trombektomi för hotande akut ischemisk stroke med fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet

---

### 9. Patienten avliden, datum

(ÅÅMMDD, ifylls endast om patienten avlidit under vårdtiden)

\_\_\_\_\_

## B/ Vårdkedjan för patienten

---

### 10. Insjuknandedatum

(ÅÅMMDD)

\_\_\_\_\_

### 11. Insjuknandetid

(Klockslag, tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom. Koda "9999" om tidpunkten är okänd.

Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme annars kudas minuter med "99".

Om ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd anges om möjligt senaste tidpunkten utan symtom.

---

### 12. Har patienten sökt vård för dessa symtom tidigare, utan att strokediagnos ställts?

Ja       Nej       Okänt

#### Om ja, ange vårdnivå och datum

Telefonrådgivning      Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Primärvård      Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Specialist i öppenvård, sjukhus  
(ej universitetssjukhus)      Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Universitetssjukhus      Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

---

### 13. Har patienten vaknat med symtom?

Ja       Nej       Okänt

---

### 14. Insjuknandeplats

Hem     Barnomsorg/skola     Fritid/sport     Sjukhus     Annat       Okänt

---

### 15. Kom patienten med ambulanstransport från insjuknandeplatsen?

Ja       Nej       Okänt

---

### 16. Användes larmkedja enligt "rädda-hjärnan-koncept" för vuxna?

Ja       Nej       Okänt

---

### 17. Ankomstdag

(ÅÅMMDD)

\_\_\_\_\_

### Tid

(Klockslag tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Avser inskrivningsdag och tid på det sjukhus där patienten först togs emot/vårdades och fick diagnos stroke.

---

---

**18. Antal timmar från insjuknandet till ankomst till sjukhus**

Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknande till ankomst till sjukhus.

Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom.

Om ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd (senaste tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av strokeinsjuknandet.

- < 3 tim     < 4,5 tim     < 24 tim     1-7 dygn     > 7 dygn     Okänt

---

**19. Har patienten vårdats ineliggande för detta strokeinsjuknande?**

- Ja             Nej

**Om Nej, ange främsta orsak enligt nedan:**

- milda symtom / symtomregress  
 insjuknat flera dagar före ankomst  
 platsbrist  
 annan orsak  
 okänt

---

**20. Varit inlagd/bedömd först på annat sjukhus för aktuellt strokeinsjuknande?**

- Ja             Nej             Okänt

---

**21. Inläggs först på**

- (1) vårdavdelning som är annan typ av vårdavdelning än svarsalternativen 2, 3, 4 eller 6  
 (2) barnneurologisk avdelning  
 (3) allmänpediatrisk avd.  
 (4) barnintensivvårdsavd.  
 (5) allmän intensivvård  
 (6) neurointensivvårdsavd.  
 (7) neurokirurgisk avd.  
 (8) stroke-enhet (vuxenavdelning)  
 (9) okänt
-

**22. Antal vård dygn på respektive avdelning under akutskedet**

Gäller även vård på andra sjukhus under akutskedet. Flera svarsalternativ möjliga, ange antal påbörjade dygn på respektive rad nedan.

Vård dygn	Avdelning
	(1) vårdavdelning som är annan typ av vård än svarsalternativ 2-8
	(2) barnneurologavdelning
	(3) allmänpediatrisk avdelning
	(4) barnintensivvårdsavdelning
	(5) allmän intensivvårdsavdelning
	(6) neurointensivvårdsavdelning
	(7) neurokirurgisk avdelning
	(8) stroke-enhet (vuxenavdelning)
	(9) annat, ange vilken typ av avdelning:
	(10) okänt

**23. Utskrivningsdag**

(ÅÅMMDD, avser slutlig utskrivningsdag från akutskedet) \_ \_ \_ \_ \_

**24. Utskrivs efter akutvård till**

- Hemmet
- Annan slutenvård, ange klinik och/eller sjukhus \_\_\_\_\_
- Rehabilitering i slutenvård
- Avliden under vårdtiden
- Annat (t ex patient som bor i annat land)
- Okänt
- Fortfarande inneliggande

## C/ Symtom och diagnostik

---

### 25. Medvetandegrad vid ankomst

- RLS 1 (fullt vaken)
  - RLS 2-3 (slö men kontaktbar)
  - RLS 4-8 (medvetslös)
  - Okänt
- 

### 26. Symtom vid insjuknande

- Hemipares
  - Kranialnervspares(er)
  - Synfältsbortfall
  - Tal/språksvårigheter
  - Balansstörning
  - Yrsel
  - Huvudvärk
  - Epileptiskt anfall
  - Ataxi
  - Annat, ange vilket \_\_\_\_\_
- 

### 27. Är bedömning gjord vid ankomst enl Barnriksstrokes PedNIHSS-formulär?

PedNIHSS-formulär finns tillgängligt på [www.barnriksstroke.se](http://www.barnriksstroke.se) samt i "Riktlinjer för omhändertagande vid stroke hos barn efter nyföddhetsperioden".

- Ja → ange poäng   Nej  Okänt
- 

### 28. Datortomografi (CT) hjärna under vårdtiden

- Ja  Nej  Okänt

#### Om Ja, ange datum och klockslag för undersökning

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---

### 29. CT-angio under vårdtiden (avser inte CT-perfusion)

- Ja  Nej  Okänt

#### Om Ja, ange datum och klockslag för undersökning

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---

### 30. MR hjärna under vårdtiden

- Ja  Nej  Okänt

#### Om Ja, ange datum och klockslag för undersökning

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---

---

**31. MR angio genomförd under vårdtiden**

Ja             Nej             Okänt

**Om Ja, ange datum och klockslag för undersökning**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_            Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---

**32. Konventionell angiografi genomförd under vårdtiden**

Ja             Nej             Okänt

**Om Ja, ange datum och klockslag för undersökning**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_            Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---

**33. Undersökt kärlområde med CT- eller MR-angiografi**

- halskärnen
  - intrakraniella kärl
  - både halskärl och intrakraniella kärl
  - ej undersökt angiografiskt
  - okänt
- 

**34. Ultraljud halskärl under vårdtiden**

Ja             Nej             Okänt

**Om Ja, ange datum för undersökning**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

---

---

**35. Fynd vid hjärnabbildande undersökning (flera alternativ möjliga)**

Ange fynd dokumenterat i röntgenutlåtande.

**Infarkt:**  Ja  Nej**Om ja, ange:**

- främre
  - bakre cirkulation
  - multipel (främre + bakre)
  - okänt
- 

**Hjärnblödning:**  Ja  Nej*(cerebrum, cerebellum, hjärnstam)***Om ja, ange:**

- Supratentoriell; djup
  - Supratentoriell; ytlig
  - Infratentoriell
  - Okänt
- 

**Subarachnoidal blödning:**  Ja  Nej  
(SAH)**Cerebral venös trombos:**  Ja  Nej**Om ja, ange:**

- med infarkt
  - med blödning
  - med blödning och infarkt
  - utan blödning eller infarkt
  - okänt
- 

**Andra påvisade kärlförändringar:**  Ja  Nej**Om ja, ange:**

- Cerebralt vasokonstriktionssyndrom
  - Arteriovenös malformation (AVM)
  - Kavernom
  - Aneurysm
  - Arterit, stenosering
  - Moya-moya syndrom
  - Annan: \_\_\_\_\_
  - Arteriell dissektion; ange:  intrakraniell  
 extrakraniell
  - Annan kärlavvikelse (t ex Lemierres syndrom) ange: \_\_\_\_\_
-



**36. Ekokardiografi under vårdtiden**

- ja, TTE (transtorakal ekokardiografi)  nej  okänt
- ja, TEE (transesofagal ekokardiografi)
- ja, TTE med s k "bubbel-test" avseende eventuell förmaksshunt
- ja, TEE med s k "bubbel-test" avseende eventuell förmaksshunt

**Ange datum för undersökning**

Datum, ÅÅMMDD \_ \_ \_ \_ \_

**Fynd; ange även ICD-kod enligt nedan:**Normalfynd **Trombos:**

- Intrakardiell trombos som ej klassificeras annorstädes

**Annan hjärtmissbildning:**

- Q22 Medfödda missbildningar av pulmonalis- och tricuspidalisklaffar
- Q23 Medfödda missbildningar av aorta- och mitralisklaffar
- Q24. Andra medfödda hjärtmissbildningar

**Hjärtmuskelsjukdom:**

- I42 Kardiomyopati

**Arytmi:**

- I49.9 Hjärtarytmi, ospecificerad

**Inflammatorisk hjärtklaffsjukdom:**

- I33 Akut och subakut endokardit

**Septumdefekt:**

- Q21.1 förmaksseptumdefekt
- Q21.0 kammarseptumdefekt
- Q21.8 Andra specificerade medfödda missbildningar av hjärtskiljeväggar

**Tumör:**

- D48.7 tumör i hjärtat, ospecificerad

**Kardiovaskulär sjukdom, ospecificerad:**

- I51.6 Kardiovaskulär sjukdom UNS
- \_\_\_\_\_

**37. Koagulationsutredning enligt "Riktlinjer för omhändertagande vid stroke hos barn efter nyföddhetsperioden"**

- Ja  Nej  Okänt

**Utfall, ange enligt nedan:**

- normalfynd
- ökad trombosbenägenhet
- ökad blödningsbenägenhet
- ej klart (koordinator tar kontakt för komplettering)

## D/ Akut behandling

### Akut intervention vid hjärnblödning

---

#### 38. Neurokirurgisk utrymning av blödning

Ja  Nej  Okänt

##### Om Ja, ange datum och klockslag

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ange sjukhus där interventionen genomförts (klartext) \_\_\_\_\_

---

#### 39. Endovaskulär intervention för åtgärd av blödning

Ja  Nej  Okänt

##### Om Ja, ange datum och klockslag

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ange sjukhus där interventionen genomförts (klartext) \_\_\_\_\_

---

## Akut intervention vid hjärninfarkt

---

#### 40. Trombolys – intravenös, givet för stroke

(ex. Actilyse. Om behandling påbörjats men avbrutits / inte fullföljts anges "ja".)

Ja  Nej  Ja, ingår i studie  Okänt

##### Om Ja, ange datum och klockslag

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_ Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

##### Undersökning enl Barnriksstrokes PedNIHSS-formulär före trombolys

Ja → ange poäng   Nej  Okänt

##### Undersökning enl Barnriksstrokes PedNIHSS-formulär ett dygn efter trombolys

Ja → ange poäng   Nej  Okänt

##### Fullständig symtomregress efter trombolys inom 24 timmar efter insjuknandet?

Ja  Nej  Okänt

**Hjärnblödning med klinisk försämring (svarsalternativ "ja" anges enbart om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 poäng eller mer på PedNIHSS, oavsett hur stor blödning datortomografi visar.)**

Ja  Nej  Okänt

Ange sjukhus där trombolys är givet (klartext) \_\_\_\_\_

---

---

**41. Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för ischemisk stroke. Avser intrakraniella kärl. Om behandlingen påbörjats men avbrutits / inte fullföljts anges svarsalternativ "ja".**

Ja                       Nej                       Ja, ingår i studie                       Okänt

**Om Ja, ange datum och klockslag**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Undersökning enl Barnriksstrokes PedNIHSS-formulär före endovaskulär behandling**

Ja → ange poäng                        Nej                       Okänt

**Undersökning enl Barnriksstrokes PedNIHSS-formulär ett dygn efter endovaskulär behandling**

Ja → ange poäng                        Nej                       Okänt

**Fullständig symtomregress efter endovaskulär behandling inom 24 timmar efter insjuknandet**

Ja                       Nej                       Okänt

Ange sjukhus där interventionen genomförts (klartext) \_\_\_\_\_

---

**42. Endovaskulär behandling av kärldissektion halskärl (avser extrakraniella kärl)**

Ja                       Nej                       Ja, ingår i studie                       Okänt

**Om Ja, ange datum och klockslag**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ange sjukhus där interventionen genomförts (klartext) \_\_\_\_\_

---

**43. Hemikranektomi genomförd p g a expansiv ischemisk stroke**

Ja                       Nej                       Ja, ingår i studie                       Okänt

**Om Ja, ange datum och klockslag**

Datum, ÅÅMMDD \_\_\_\_\_

Tid (tt.mm) \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ange sjukhus där interventionen genomförts (klartext) \_\_\_\_\_

---

## Läkemedelsbehandling

---

### 44. Blodtryckssänkande läkemedel (avser samtliga grupper och oberoende av indikation)

- Pågående vid insjuknandet  Ja  Nej  Okänt
- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt
- Vid utskrivningen  Ja  Nej  Okänt
- Nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning

---

### 45. Acetylsalicylsyra (ASA t ex Trombyl)

- Pågående vid insjuknandet  Ja  Nej  Okänt
- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt
- Vid utskrivningen  Ja  Nej  Okänt
- Nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning

---

### 46. Clopidogrel (t ex Plavix)

- Pågående vid insjuknandet  Ja  Nej  Okänt
- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt
- Vid utskrivningen  Ja  Nej  Okänt
- Nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning

---

### 47. Lågmolekylärt heparin

- Pågående vid insjuknandet  Ja  Nej  Okänt
- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt
- Vid utskrivningen  Ja  Nej  Okänt
- Nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning

---

### 48. Heparininfusion (under akutvårdstillfälle)

- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt

---

### 49. Kärldilaterande medel (Nimotop etc under vårdtillfälle)

- Under akutvårdstillfället  Ja  Nej  Okänt

---

### 50. Warfarin (Waran)

- Pågående vid insjuknandet  Ja  Nej  Okänt
- Vid utskrivningen  Ja  Nej  Okänt
- Nej, planerad insättning vid återbesök inom 2 v efter utskrivning

#### Om Warfarin-behandling vid insjuknandet = Ja

Ange PK (INR)-värde oavsett diagnos (9,9 = okänt) \_\_ , \_\_

---

---

**51. Övriga perorala antikoagulantia än ovanstående**Specificera: \_\_\_\_\_

---

**52. Blödningshämmande läkemedel (under vårddagen)** Ja  Nej**Om Ja, markera nedan (flera alternativ möjliga)**

- Trombocyt koncentrat
  - Plasma
  - Faktorkoncentrat (t ex Haemate, Novoseven, Ocplex, Confidex, Riastap)
  - Tranexamsyra (Cyklokapron)
  - K-vitamin (Konaktion)
- 

**53. E/ Riskfaktorer vid insjuknandet**

Både tidigare kända eller påvisade i samband med utredning under akutvårdstillfället.

*Flera alternativ möjliga.*

- Ärftlighet (första- eller andragsläkting med tromboembolisk, cerebrovaskulär eller kardiovaskulär sjukdom < 55 år
  - Tidigare stroke
  - Tidigare TIA/amaurosis fugax
- 

**Hjärtsjukdom**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kongenitalt hjärtfel inkl PFO                                    | <input type="checkbox"/> ECMO-behandling senaste månaden    |
| <input type="checkbox"/> Förvärvat hjärtfel   | <input type="checkbox"/> Hjärtarytmi                        |
| <input type="checkbox"/> Hjärtkirurgi/kateterisering inom en månad före strokeinsjuknande | <input type="checkbox"/> Annan hjärtsjukdom (ICD-kod) _____ |
- 

**Kärlförändringar**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fokal cerebral arteropati | <input type="checkbox"/> Vaskulit                             |
| <input type="checkbox"/> Arteriell dissektion      | <input type="checkbox"/> Cerebralt AVM                        |
| <input type="checkbox"/> Post varicella arteropati | <input type="checkbox"/> Cerebralt aneurysm                   |
| <input type="checkbox"/> Moyamoya                  | <input type="checkbox"/> Cerebralt kavernom                   |
| <input type="checkbox"/> Sickle cell arteropati    | <input type="checkbox"/> Annan kärlförändring (ICD-kod) _____ |
- 

**Protrombotiska tillstånd**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Förvärvat trombofili       | <input type="checkbox"/> MTHFR  |
| <input type="checkbox"/> F V Leiden                 | <input type="checkbox"/> Antitrombin brist                              |
| <input type="checkbox"/> Prot S eller C brist       | <input type="checkbox"/> Hyperhomocysteinemi                            |
| <input type="checkbox"/> Mutation i protrombingenen | <input type="checkbox"/> Annat protrombotiskt tillstånd (ICD-kod) _____ |
| <input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)            |   |
-

---

**Akuta systemsjukdomar/tillstånd**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sepsis/Meningit                         | <input type="checkbox"/> Dehydrering/chock                                 |
| <input type="checkbox"/> Infektion i hals-/huvudregionen         | <input type="checkbox"/> Cerebral anoxi                                    |
| <input type="checkbox"/> Varicella senaste året                  | <input type="checkbox"/> Hyponatremi                                       |
| <input type="checkbox"/> Hemolytiskt uremiskt syndrom            | <input type="checkbox"/> Trauma signifikant mot hals/huvud senaste månaden |
| <input type="checkbox"/> Annan aktuell infektion (ICD-kod) _____ | <input type="checkbox"/> Neurokirurgiskt ingrepp senaste månaden           |
|  | <input type="checkbox"/> Annan akut sjukdom/tillstånd (ICD-kod) _____      |

---

**Kroniska systemsjukdomar/tillstånd**

- Sickle cell anemi
- Annan anemi (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- Reumatisk systemsjukdom (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- IBD (inflammatorisk tarmsjukdom) (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- Onkologisk sjukdom (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- Tidigare strålbehandling mot CNS
- Central venkateter
- Hypertoni
- Hyperlipidemi
- Diabetes typ 1
- Nefrotiskt syndrom
- ITP eller annan trombocytopeni (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- Blödarsjuka, von Willebrands-sjukdom eller andra medfödda koagulationsfaktorbrister (faktor VII, XIII, fibrinogen) (ICD-kod) \_\_\_\_\_
- Annan kronisk systemsjukdom/tillstånd (ICD-kod) \_\_\_\_\_

---

**Övriga kroniska cerebrala tillstånd**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> VP shunt | <input type="checkbox"/> Sturge-Weber                                       |
| <input type="checkbox"/> Migrän   | <input type="checkbox"/> Annat kroniskt cerebralt tillstånd (ICD-kod) _____ |
| <input type="checkbox"/> PHACES   |   |

---

**Övriga syndrom**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mb Down             | <input type="checkbox"/> Neurofibromatos typ 1         |
| <input type="checkbox"/> Ehler Danlos typ IV | <input type="checkbox"/> Marfans syndrom               |
| <input type="checkbox"/> CDG                 | <input type="checkbox"/> Fabry's sjukdom               |
| <input type="checkbox"/> Alagilles syndrom   | <input type="checkbox"/> MELAS / MERRF                 |
| <input type="checkbox"/> Tuberös skleros     | <input type="checkbox"/> Annat syndrom (ICD-kod) _____ |
-

---

**Läkemedel, droger och övrigt**

- L-asparaginas behandling
  - P-piller
  - Kortison
  - Andra läkemedel. Vilka? \_\_\_\_\_
  - Rökning ( $\geq$  en cigarett/dag, eller slutat under de senaste 3 mån)
  - Andra droger. Vilka? \_\_\_\_\_
  - Annan känd ökad risk för stroke. Ange: \_\_\_\_\_
- 

**F/ Tidig rehabilitering på sjukhus**

---

**54. Är bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut gjord efter ankomst till vårdavdelning?**

- Ja,  $\leq$  24 tim
  - Ja,  $>$  24 tim men  $\leq$  48 h
  - Ja,  $>$  48 tim
  - Nej
  - Okänt
- 

**55. Är bedömning av arbetsterapeut gjord efter ankomst till vårdavdelning?**

- Ja,  $\leq$  24 tim
  - Ja,  $>$  24 tim men  $\leq$  48 h
  - Ja,  $>$  48 tim
  - Nej
  - Okänt
- 

**56. Är bedömning av logoped gjord efter ankomst till vårdavdelning?**

- Ja,  $\leq$  24 tim
  - Ja,  $>$  24 tim men  $\leq$  48 h
  - Ja,  $>$  48 tim
  - Nej
  - Okänt
- 

**57. Är bedömning av ögonläkare gjord?**

- Ja
- Nej
- Remiss skickad, planeras efter utskrivning

**Om Ja, ange nedan:**

- Undersökning av visus  Ja  Nej
  - Synfältsundersökning  Ja  Nej
- 

**58. Har kurator träffat patient och anhöriga under vårdtiden?**

- Ja
  - Nej
-

---

## G/ Fortsatt rehabilitering och planerad uppföljning

---

**59. Är ett återbesök på grund av det aktuella strokeinsjuknandet planerat hos sjuksköterska eller läkare? Flera svarsalternativ möjliga.**

- ja, vid rehabiliteringsenhet                       Nej                       Okänt
- ja, vid habilitering
- ja, vid vårdcentral/motsvarande
- ja, till neurokirurgisk mottagning
- ja, till barnklinik
- ja, till barnneurologmottagning
- ja, till vuxenneurologmottagning
- 

**60. Planerad rehabilitering efter utskrivning (flera svarsalternativ möjliga)**

- rehabilitering med multidisciplinärt barnrehabiliteringsteam
- poliklinisk rehab vid habilitering
- poliklinisk rehab vid barnklinik
- vuxenrehabiliteringsklinik
- inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning
- patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering
- rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt
- okänt
- 

**61. Är neuroradiologisk uppföljning inplanerad?**

- Ja                       Nej                       Okänt
- 

**62. Har information givits om:**

**Rökstopp till de som är rökare vid insjuknandet**

- Ja                       Nej                       Ej relevant pga patientens tillstånd                       Okänt

**Bilkörning (>15 år)**

- Ja                       Nej                       Ej relevant pga patientens tillstånd                       Okänt

**P-piller, graviditet (flickor i tonåren)**

- Ja                       Nej                       Ej relevant pga patientens tillstånd                       Okänt
- 

**63. Har patienten/vårdnadshavare givits skriftlig information "Stroke hos barn"?**

- Ja                       Nej                       Okänt
-