

Registrering av Omvårdnadsvariabler

Version **24.1** Används vid registrering av de som insjuknar i akut stroke **2024-01-01** och därefter

Personnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|

Namn: _____

Insjuknande datum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Rapporterande sjukhus |_|_|_|_|_|

Fall

1. Har riskbedömning för fallrisk gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 1

2. Föreligger risk för fall enligt genomförd fallriskbedömning?

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 2

3. Har förebyggande åtgärder vidtagits?

- Ja
- Nej

4. Har patienten fallit under vårdtillfället?

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 4

5. Ledde fallet till en vårdskada?

- Ja
- Nej

Munhälsa

1. Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning

- Ja
- Nej

Vid ja, riskbedömning genomförd

2. Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning

- Ja
- Nej

Vid ja, risk föreligger

1. Har förebyggande åtgärder vidtagits

- Ja
- Nej

Nutrition/Undernäring

1. Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning

- Ja
- Nej

Vid ja, riskbedömning genomförd

1. Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning

- Ja
- Nej

Vid ja, risk föreligger

2. Har förebyggande åtgärder vidtagits

- Ja
- Nej

2. Har någon av följande åtgärder genomförts? (Om Ja, ange datum med ååmmdd)

Dietistbedömning	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
Logopedbedömning	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
Nasogastrisk sond	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
PEG/RIG	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
TPN	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej

Vid Ja på Nasogastrisk sond och/eller PEG(/RIG):

3. Om sond får patienten sväljträna?

- Ja
- Nej/ej dokumenterat
- Ej aktuellt pga patientens tillstånd

Residualurin

1. Har patienten KAD vid inskrivningen på första sjukhus (kronisk KAD)?

- Ja
- Nej

2. Kontroll av residualurin genomförd

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 2

3. Hade patienten residualurin?

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 3

4. Vilka åtgärder har vidtagits? (Flera svarsalternativ möjliga)

Ny kontroll

RIK

KAD, om så i hur många dagar? |__|__|__|

Annat _____

Ej dokumenterat

Vid Ja på KAD vid inskrivning eller åtgärd:

5. Har patienten KAD vid utskrivningen?

- Ja
- Nej

Smärta

1. Har patienten smärta?

- Ja
- Nej
- Ej dokumenterad

Vid Ja på fråga 1

2. Har patientens smärta skattats med ett bedömningsinstrument (t.ex. VAS, Abbey Pain Scale)?

- Ja
- Nej

3. Har åtgärder vidtagits för att lindra smärtan?

- Ja
- Nej
- Patienten har avböjt

Vid Ja på fråga 3

4. Har uppföljning med bedömningsinstrument utförts för att utvärdera vidtagna åtgärder (t.ex VAS, Abbey Pain Scale)?

- Ja
- Nej

Trycksår

1. Har riskbedömning för trycksår gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.

- Ja
- Nej

Vid ja på fråga 1

2. Föreligger risk för trycksår enligt riskbedömning?

- Ja
- Nej

Vid ja på fråga 2

3. Har patient med trycksår eller risk för trycksår fått åtgärder vidtagna?

- Ja
- Nej

4. Har patienten utvecklat trycksår under vårdtiden?

- Ja
- Nej
- Hade trycksår vid ankomst till sjukhuset
- Ej dokumenterat