

# Vägledning för Riks-Stroke TIA 3.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2012-01-01** och därefter. Formulärets ändringar gäller från 2012-01-01.

**Har ni frågor om registreringen** – hör av er till [Sari Wallin](#) Tel 090-785 8778 eller [Åsa Johansson](#) Tel. 090 -785 8783

**Om ni byter kontaktperson/administratör** - hör av er till Sari eller Åsa!

**Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**

## Innehållsförteckning

[Visa löpande text](#)

- [Generella anmärkningar](#)
- [TIAFORMULÄRET](#)
- [TIA-diagnos](#)
- [Vårdkedja](#)
- [Riskfaktorer](#)
- [ABCD2](#) score
- [Akutvård/Diagnostik](#)
- [Läkemedelsbehandling](#)
- [Alfabetisk lista över preparatnamn med läkemedelsgrupper](#)
- [Information](#) och [Uppföljning av TIA-patienter](#)

## Generella anmärkningar

**OBS! Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika journaler, be om tillstånd!**

- **TIA-modul** införs från den 1 januari 2010 i Riks-Stroke. TIA är frivillig för sjukhusen att registrera. **Uppföljningsformulär** finns ej ännu för TIA-patienterna och de skall inte följas upp i dagsläget.
- Inledande kan det vara svårigheter att hitta alla uppgifter i journal som skall föras in i TIA-modulen, i registreringsfönstret finns möjlighet att registrera uppgift saknas. Detta blir då en kvalitetsförbättringsmöjlighet i sig att allt eftersom rutiner tillkommer för att införa efterfrågade uppgifter i TIA formuläret minskar andelen uppgift saknas.
- Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt den nya Patientuppgiftslagen som trädde i kraft 1 juni 2009. Information om Riks-Stroke till patienten eller närstående kan göras genom omnämnande i en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar! Riks-Stroke patientinformation inhämtas via (<http://www.riks-stroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig (ert landsting) samt kontaktperson till vilken patienten eller

närstående kan höra sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter.

**\*Glöm ej att anmäla Riks-Stroke till personuppgiftsansvarig i ert landsting.**

- **Radering av patientuppgifter** - Enligt den nya Patientuppgiftslagen har en patient rätt att inte delta i ett kvalitetsregister. Denna rätt gäller även om registrering i kvalitetsregistret redan har skett - i så fall skall **samtliga uppgifter** om patienten och vårdtillfället så snart som möjligt tas bort från registret.  
Meddela Sari eller Åsa per telefon, personnummer och sjukhuskod när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från back-up filer.
- **Registrera alla patienter som får en fastställd TIA-diagnos Obs!** Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi
- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då strokevårdplatser dras ner! Om patient läkarundersökts och fått TIA-diagnos men avlider kort därefter ska även registrering ske, dock inte om patienten inkommer död. Patienter som **Ej** läggs in kan via statistikmodul och Fördefinierade listor tas fram för egen sjukhus-statistik. Statistikmodul och Fördefinierade listor är inställt på inlagda patienter, det måste aktivt göras ett val för att se Ej inlagda patienter.
- **Koda konsekvent** - för all registrering gäller att den ska ske konsekvent enligt formulärens alternativ. Registrerar ni på något vis avvikande är det viktigt att ni noterar avvikelserna för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".
- **Vårdkedjan** följs inte för TIA patienterna på samma sätt som ordinarie i Riks-Stroke utan det är det akuta omhändertagandet samt uppföljningen av dem som är det primära initialt.
- Vi uppmanar strokeenheter att **registrera alla akuta TIA-insjuknanden**. Nu kan man på varje fråga ange okänt eller uppgift saknas där ni inte hittar svar på respektive fråga. Detta visas bara i registreringsfönstret.
- **Uppgift saknas:** När uppgifter saknas, koda "9".
- **Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**
- **"Logga alltid ut" innan ni lämnar datorn - av säkerhetsskäl!**

## TIA-formuläret

<b>Personnummer</b>	Om man inte har kännedom om patientens hela personnummer ex. utländska medborgare, skriv då år månad och dag och "0000" istället för de sista fyra siffrorna. Är patienten född på 1800-talet, måste man vid registrering ändra sekel från 1900 till 1800.
<b>Kön</b>	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.
<b>Namn, adress, telefon</b>	Fylls i formuläret men adress och telefon registreras ej elektroniskt.
<b>Valfri uppgift</b>	T ex namn och telefon till närstående eller annat men registreras ej elektroniskt.
<b>Insjuknandedag</b>	Datum för när patienten insjuknade i TIA, ange debut av senaste episoden om det varit flera episoder tidigare, som

	föranleder detta vårdtillfälle. Om dag eller månad inte är känd, koda "99".
<b>TIA-diagnos</b>	<b>G 45</b> = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim <b>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</b>

## Vårdkedja

<b>Rapporterande sjukhus</b>	Sjukhuskoden är numera ifylld automatiskt efter att man loggat in på Internet. Om man vill att alla pappersformulär skall innehålla sjukhuskod, skriv in det på formulären innan kopiering.
<b>Avdelning</b>	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckningar för resp. avdelning. Är ingen avdelning angiven eller om ni har olika beteckningar för samma avdelning är det inte möjligt med någon jämförelse. Data kan även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning.
<b>Ifyllt av</b>	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift).
<b>Avlidandedatum</b>	Finns endast i webbfönstret och ifylls endast om patienten avlidit under vårdtiden
<b>Kommunkod vid insjuknandet</b> <i>Frivillig fråga</i>	Uppgift om kommunkod finns bl.a i det befolkningsregister som sjukhuset är anslutet till (frivillig uppgift).
<b>Länskod vid insjuknandet</b> <i>Frivillig fråga</i>	Uppgift om länskod finns bl.a i det befolkningsregister som sjukhuset är anslutet till (frivillig uppgift).
<b>Har patienten vårdats inneliggande för detta TIA-insjuknandet?</b>	Koda <b>1</b> = ja, om patienten varit inneliggande eller var inneliggande på sjukhuset vid insjuknandet i TIA. Koda <b>2</b> = nej
<b>Kom patienten med ambulans?</b>	Koda <b>1</b> = ja, <b>2</b> = nej och <b>9</b> = okänt
<b>A Insjuknandedag</b>	Datum för när patienten insjuknade i TIA (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring från Patientsidan.
<b>TIA-diagnos</b>	<b>G 45</b> = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim <b>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</b> Automatisk överföring från Patientsidan
<b>Antal timmar från insjuknandet till ankomst till sjukhus</b>	Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus: <b>1</b> = ≤ 3 tim <b>2</b> = ≤ 4,5 tim <b>3</b> = ≤ 24 tim <b>4</b> = > 24 tim <b>9</b> = okänt
<b>A Ankomstdag</b>	Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA. Om inneliggande patient drabbas av TIA är ankomstdag alltid det datum patienten insjuknar i TIA.

	Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdag = inskrivningsdag på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.
<b>A Utskrivningsdag</b>	Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhuset eller det datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus.

## Risikfaktorer

<b>Stroke tidigare</b>	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som inte avklingat inom 24 timmar (TIA räknas inte som tidigare stroke). Även om det finns förändring på datortomografi som tyder på tidigare stroke men patienten inte har eller haft några fokala bortfall koda " <b>nej</b> ".
<b>TIA/Amaurosis fugax tidigare</b> (Gäller ej <b>G45.4</b> transitorisk global amnesi)	Koda <b>1</b> = <b>ja</b> , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och eller Amaurosis fugax. Koda <b>2</b> = <b>nej</b> , om inget angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda <b>9</b> = <b>okänt</b> , om osäkra uppgifter.
<b>Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserat eller nyupptäckt</b>	Ange om patienten har förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer. Koda " <b>ja</b> " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer.
<b>Rökning</b>	Koda " <b>ja</b> " om patienten är daglig rökare (minst en cigarett per dag). Gäller även om patienten har slutat röka för mindre än 3 månader sedan. (Att patienten inte rökt under de senaste tre månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg").

## ABCD2 score

**OBS!** ABCD2 score är endast ett prognostiskt score och har ingen annan funktion. Fyll i svarsalternativets siffra.

Under några av frågor har svars alternativ *uppgift saknas* lagts till i registreringsfönstret under rubriken ABCD2 score som skall användas om inte uppgifter återfinns i journalen. Dessa 9:or räknas inte in i den totala score poängen.

<b>Ålder</b>	Koda <b>1</b> = $\geq 60$ år om patienten är de annars lämna blankt. Koda <b>0</b> = $< 60$ år
<b>Blodtryck</b>	Koda <b>1</b> = $\geq 140/90^*$ vid undersökning om resultatet visar det. Koda <b>0</b> = $< 140/90$ Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om blodtryck ej är tagit eller uppgift om värdet ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.  * <b>OBS!</b> Det räcker att antingen det systoliska är $>140$ eller det diastoliska är $>90$ för att koda 1 = $\geq 140/90$ .
<b>Klinisk bild</b>	Koda resultat av klinisk bild. TIA kan yttra sig med många

	olika symtom. ABCD2score efterfrågar enbart två symtomgrupper. Koda <b>1</b> = talsvårigheter utan svagheter Koda <b>2</b> = svaghet i ena sidan (unilateral) kan vara i kombination med andra symtom Koda <b>0</b> = övriga symtom Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Symtomens varaktighet</b>	<b>Koda 1 = symtom varat 10-59 minuter</b> Koda <b>2</b> = symtom varat $\geq 60$ minuter Koda <b>0</b> = symtom varat $< 60$ minuter Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Diabetes</b>	Koda <b>1</b> = diabetes, tidigare diagnosticerad eller nyupptäckt Koda <b>0</b> = ingen diabetes Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Summa ABCD2 score</b>	Summa ABCD2 score, programmet registrerar automatisk den totala poängsumman, max 7 p.

## Akutvård/Diagnostik

<b>Datortomografi hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)</b>	Koda om Datortomografi hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet. Koda <b>1</b> = ja <b>2</b> = nej <b>9</b> = okänt
<b>MR hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)</b>	Koda om MR-hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet. Koda <b>1</b> = ja <b>2</b> = nej <b>9</b> = okänt.
<b>Om ja, MR hjärna under akutskedet</b>	Om MR-hjärna är genomförd koda: <b>1</b> = om MR-hjärna visar färsk hjärninfarkt <b>2</b> = om MR-hjärna <u>inte</u> visar färsk hjärninfarkt <b>9</b> = om osäkert eller okänt undersökningsfynd
<b>Ultraljud halskärl genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.  = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet = ja, senare än 7 dagar = nej = okänt
<b>CT-angio genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med

	<p>CT-angio (avser inte CT-perfusion):</p> <p>= ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet</p> <p>= ja, senare än 7 dagar</p> <p>= nej</p> <p>= okänt</p>
<b>MR-angio genomförd</b>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR angio:</p> <p>= ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet</p> <p>= ja, senare än 7 dagar</p> <p>= nej</p> <p>= okänt</p>
<b>Undersökt kärlområde med CT- eller MR-angiografi</b>	<p>Om CT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes.</p> <p><b>OBS!</b> Endast ett svarsalternativ är möjligt!</p> <p>= halskärlen</p> <p>= intrakraniella kärl</p> <p>= både halskärl och intrakraniella kärl</p> <p>= okänt</p>
<b>Långtids-EKG (Telemetri, Holter eller motsvarande)</b>	<p><b>OBS!</b> Långtids-EKG innefattar fr.o.m 2011 även Telemetri</p> <p>Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande</p> <p>= ja, under vårdtiden</p> <p>= beställt till efter utskrivningen</p> <p>= nej</p> <p>= okänt</p>

## Läkemedelsbehandling

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **intagningen** resp. **utskrivningen** från den **akuta vårdtiden** denna tid kan även inbegripa fortsatt vård på annat sjukhus om patienten flyttas över i ett tidigt skede exempelvis inom ett par dagar. Registrera även om läkemedelsbehandlingen planeras insättas **vid återbesök inom 2 veckor efter utskrivning.**

Om patienten **avlider under vårdtiden** ska läkemedel ej registreras vid utskrivning.

Registrera läkemedel som patienten är insatt på *oavsett om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen eller inte.*

Koda "9" om något av preparaten används i en läkemedelsstudie och det är okänt om patienten får placebo eller aktiv drog.	
<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b>	Avser samtliga grupper
<b>ASA</b>	(ex Trombyl) se även läkemedelslistor nedan.
<b>Klopidogrel</b>	(Plavix). Koda även tiklopidin (Ticlid; en äldre föregångare till klopidogrel) på denna plats.
<b>ASA + dipyridamol</b>	(Asasantin)
<b>Dipyridamol</b>	(Persantin)
<b>Warfarin</b>	(Waran)
<b>Andra perorala antikoagulantia än Warfarin</b>	(Pradaxa, Xarelto och andra nya perorala antikoagulantia)
<b>Huvudorsak varför warfarin eller andra perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos G 45</b>	<p>Denna fråga avser endast patienter med diagnos G 45 och förmaksflimmer.</p> <p>Koda:</p> <p><b>1</b>=planerad insättning efter utskrivning</p> <p><b>2</b>= kontraindicerat (enl. FASS)</p> <p><b>3</b>= interaktioner med andra läkemedel/naturläkemedel (enl. FASS)</p> <p><b>4</b>= försiktighet (enl. FASS)</p> <p><b>5</b>= falltendens</p> <p><b>6</b>= demens</p> <p><b>6</b>= patienten avstår behandling</p> <p><b>8</b>= annan anledning</p> <p><b>9</b>= okänt</p>

## Information och uppföljning

<b>Information om rökstopp</b>	Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i registreringsbilden. Registrera om information om rökstopp är given. Koda <b>1</b> = ja, <b>2</b> = nej <b>3</b> = ej relevant p g a patientens tillstånd och <b>9</b> = okänt
<b>Information om bilkörning</b>	Registrera om information är given om bilkörning. Koda <b>1</b> = ja, <b>2</b> = nej, <b>3</b> = ej relevant p g a patientens tillstånd eller patienten saknar körkort och <b>9</b> = okänt
<b>Återbesök planerat</b>	Registrera om ett återbesök är planerat på grund av det aktuella TIA-insjuknandet: = ja, på sjukhus på särskild strokemottagning = ja, på annan sjukhusmottagning = ja, på vårdcentral alt. inom primärvården/motsvarande = ja, på särskilt boende

	= nej = okänt
--	------------------

**Samkörning planeras med Swedvasc för information om tidsintervall till kärlkirurgisk intervention alt. endovaskulär behandling**

Till innehållsförteckning