

## RIKSSTROKE - TIA

Personnummer

Kön 1= man 2= kvinna

Namn: .....

**Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda**

Insjuknandedag

**G 45** = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 timmar  
(G45.4 transitorisk global amnesi registreras ej)

**G**

**EVENTUELL TIA-DIAGNOS EFTER TROMBOLYS- ELLER TROMBEKTOMIBEHANDLING REGISTRERAS I FORMULÄRET FÖR STROKE I AKUTSKEDET**

### ----- VÅRDKEDJA -----

Rapporterande sjukhus

Avdelning

Ifyllt av (namn på person som fyller i formuläret) .....

Har patienten vårdats inläggande för detta TIA-insjuknande?

1= ja, gäller även redan inläggande vid insjuknandet 2= nej

Kom patienten med ambulans? 1= ja 2= nej 9= okänt

Antal timmar från insjuknandet till ankomst till sjukhus

Ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.

Om patienten vaknat med symtom anges så exakt tidsintervall som möjligt från när patienten senast var symtomfri.

Om inläggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av TIA-insjuknandet.

1= ≤ 3 tim 2= ≤ 4,5 tim 3= ≤ 24 tim 4= > 24 tim 9= okänt

Larmat för trombolys "rädda hjärnan/strokelarm"

(avser larm för potentiella trombolysbehandlingar)

1=ja 2= nej 9= okänt

Har patienten vårdats på strokeenhet för detta insjuknande?

1= ja 2= nej 9= okänt

A Ankomstdag

|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|

A Utskrivningsdag

|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|

----- RISKFAKTORER -----

Svarsalternativ 1= ja 2= nej 9= okänt

Stroke tidigare

|\_|

TIA/ Amaurosis fugax tidigare? (Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi)

|\_|

Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserat  
(Gäller även intermittent flimmer eller fladder)

|\_|

Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden  
(Gäller även intermittent flimmer eller fladder)

|\_|

Rökning ( $\geq$ en cigarett/dag, eller slutat under de senaste 3 mån)

|\_|

----- ABCD2 score -----

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

Ålder

1=  $\geq$ 60 år

0= <60 år

|\_|

Blodtryck (avser första mätningen efter ankomst till sjukhus)

1=  $\geq$  140/90 vid undersökningen

0= <140/90 vid undersökningen

|\_|

Klinisk bild under aktuell TIA

(TIA kan yttra sig med många olika symtom. ABCD2-score efterfrågar enbart två symtomgrupper)

1= talsvårigheter utan svaghet

2= svaghet i ena sidan (unilateral) kan vara i kombination med andra symtom

0= övriga symtom

|\_|

**Symtomens varaktighet** 

1= symtom varat 10-59 minuter

2= symtom varat  $\geq$  60 minuter

0= symtom varat &lt; 10 minuter

**Diabetes** 

1= diabetes, tidigare diagnosticerad eller nyupptäckt

0= ingen diabetes

----- **AKUTVÅRD/DIAGNOSTIK** -----

**Datortomografi hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)** 

1= ja 2= nej 9= okänt

**MR hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)** 

1= ja 2= nej 9= okänt

**Om ja, MR hjärna under akutskedet:** 

1= visar färsk hjärninfarkt 2= visar ingen färsk hjärninfarkt 9= osäkert eller okänt undersökningsfynd

**Ultraljud halskärl genomförd** 

1= ja 2= nej 3= undersökning genomförd senast 28 dagar före insjuknande 9= okänt

Om ja, undersökningsdatum |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**DT- angiografi genomförd (avser inte DT-perfusion)** 

1= ja 2= nej 3= undersökning genomförd senast 28 dagar före insjuknande 9= okänt

Om ja, undersökningsdatum |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**MR-angiografi genomförd** 

1= ja 2= nej 3= undersökning genomförd senast 28 dagar före insjuknande 9= okänt

Om ja, undersökningsdatum |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi** 

(fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde)

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

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

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

Är bedömning av arbetsterapeut gjord under vårddagen?     
1= ja 2= nej 9= okänt

Är bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut gjord under vårddagen?     
1= ja 2= nej 9= okänt

----- LÄKEMEDELSBEHANDLING och FaR-----

se även FASS länk finns på Riksstroke's hemsida

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

	Vid insjuknandet	Vid utskrivningen*
<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b> (avser samtliga grupper oberoende av indikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Statiner</b> (t ex Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastatin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASA</b> (t ex Trombyl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Clopidogrel</b> (Plavix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASA + dipyridamol</b> (Asasantin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dipyridamol</b> (Persantin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andra trombcytohämmare än ASA, clopidogrel och dipyradimol</b> (t ex Brilique, Efient, Pletal, Possia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Warfarin</b> (Waran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om ja, behandling med warfarin vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos</b> 9,9= okänt	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
<b>Apixaban</b> (Eliquis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dabigatran</b> (Pradaxa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rivaroxaban</b> (Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Övriga perorala antikoagulantia än ovanstående</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos G 45

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

Förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept)?

1= ja 2= nej 3= nej, behovet av fysisk aktivitet är redan tillgodosett

4= patienten tackar nej 9= okänt

----- INFORMATION och UPPFÖLJNING -----

**Information om rökstopp till de som är rökare vid insjuknandet**

|\_\_|

1= ja    2= nej    3= ej relevant p g a patientens tillstånd    9= okänt

**Information given om bilkörning**

|\_\_|

1= ja    2= nej    3= ej relevant/saknar körkort    9= okänt

**Är ett återbesök på grund av det aktuella TIA-insjuknandet 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

|\_\_| = nej

|\_\_| = okänt