

Personnummer: _____

Namn: _____

Insjuknande datum: _____

Residualurin vid akut stroke

Följ ert sjukhus instruktioner för test av residualurin vid insjuknande i stroke.

1) Kontroll av **residualurin** genomförd.

- Ja
- Nej
- Ej dokumenterat

2) 1:a Kontroll gjordes Datum: |_|_| || |_|_| || |_|_| klockan |_|_|, |_|_|
(ååmmdd)

3) Hade patienten residualurin?

- Ja
- Nej
- Ej dokumenterat

Om ja, vilken åtgärd vidtogs? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Ny kontroll
- Tappning
- KAD om så i hur många dagar? |_|_|_|_|
- Annat _____
- Ej dokumenterat