

mRS-bedömning vid 3-månadersuppföljning i samband med återbesök

Personnummer __ __ __ __ __ __ - __ __ __ __
Namn
Datum för ifyllande av denna enkät (år, mån, dag) __ __ __ __ __ __

0 |__| = Helt symtomfri

1 |__| = Mindre symtom (t.ex. lindrig trötthet, svaghet, känselstörning, balansproblem) som **inte** leder till förändringar i invand livsstil

2 |__| = Har **inget behov av hjälp med personlig aktivitet i dagligt liv (P-ADL)**, men har gjort förändringar i livsstilen på grund av symtom (t.ex. mer uttalade problem med trötthet, svaghet, känselstörning, balansproblem).

3 |__| = **Behov av stöd beträffande basala P-ADL-moment**, t.ex. veckodusch, medicindelning, daglig tillsyn, larmtjänst, hjälp med stödstrumpor, kanske enklare måltidsstöd.

4 |__| = **Behov av mer påtagligt stöd beträffande P-ADL**, t.ex. förflyttningar, daglig hygien, på-/avklädning, hjälp på toalett, måltider.

5 |__| = **Behov av "ständig" tillsyn och omvårdnad**. Patient som behöver hjälp med samtliga ADL-moment, och där tillsyns- och omvårdnadsbehovet omfattar flertalet besök, såväl dag som natt.

9 |__| = Okänt