



RIKSSTROKE

The Swedish Stroke Register

Vägledning

För TIA-registrering i Riksstroke

Version 7.0

Utkast 2017

Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

Version 7.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2017-01-01** och därefter.

Formulärets ändringar gäller från 2017-01-01.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;

sari.wallin@umu.se Tel. 090-785 87 78 eller

hannele.hjelm@vll.se Tel. 090 -785 87 83

Om ni byter administratör för Riksstroke på ert sjukhus – Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Hannele enligt ovan, ange även datum från när bytet av administratör skall ske.

Administratörens uppgifter är att vidareförmedla all information som kommer från Riksstrokekansliet till berörda på sitt sjukhus. Administratören skall även ansvara för att lägga in nya Riksstrokeanvändare på sitt sjukhus i samråd med sin verksamhetschef om lämplig behörighet i Riksstroke.

OBS!

- **Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen**
- **Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika klinikers journaler, ansök om tillstånd!**
- **"Logga alltid ut" innan ni lämnar datorn - av säkerhetsskäl!**
- **Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**

Innehållsförteckning **Ska uppdateras**

Generella anmärkningar.....	4
Dubbelregistrering	5
TIA-formuläret.....	6
Ankomst/Inläggning	7
Riskfaktorer	11
Undersökning hjärna	12
Undersökning kärl	12
Undersökning hjärta.....	13
Undersökning funktionsförmåga	13
Läkemedelsbehandling.....	13
Information och uppföljning	14
ABCD2-score.....	16
Sjukhuskoder i Riksstroke.....	17

PRELIMINÄR

Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och att ni har behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd!**
- **TIA-modul** infördes den 1 januari 2010 i Riksstroke. **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. Detta blir då en kvalitetsförbättringsmöjlighet i sig att allt eftersom rutiner tillkommer för att införa efterfrågade uppgifter i TIA formuläret minskar andelen uppgift saknas.
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riksstroke.** Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt Patientuppgiftslagen. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på exempelvis en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar TIA-patienter! Riksstrokes patientinformation inhämtas via (<http://www.Riksstroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig för ert landsting samt kontaktperson till vilken patienten/närstående kan höra av sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter.
Kontrollera att Riksstrokeregistret är anmält till personuppgiftsansvarig i ert landsting.
- **Borttagning av patientuppgifter** - Enligt 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 Hannele **per telefon**, personnummer, sjukhuskod och insjuknandedatum när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från Riksstrokes back-up filer. Detta gäller även vid borttagning av vårdtillfällen med felaktig diagnos.
- **Registrera alla* patienter som får en fastställd TIA-diagnos**, gäller även TIA som bidiagnos. **Obs!** Gäller **ej** G45.4 transitorisk global amnesi.
Enbart diagnosen G45.4 innebär ingen ökad riskfaktor för stroke och diagnosen i sig medför inte behov av sekundärprevention, återbesök eller råd om att avstå bilkörning.

***Riksstroke rekommenderar att INTE registrera patienter med skyddad identitet eller liknande orsak i Riksstroke.** Patienter under 18 år ska inte registreras i Riksstroke! De registreras i BarnRiksstrokeregistret fr. o.m. 2016. För patientinformation, registreringsformulär eller andra frågor, kontakta registerkoordinator Rut Inger Enryd (rutinger.enryd@vll.se telefon 072-249 2420) eller annan kontaktperson i BarnRiksstrokes ledningsgrupp. Se även www.barnriksstroke.se

- **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, Fördefinierade listor m.fl. tas fram för egen sjukhusstatistik. 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 avvikelsen för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".

Dubbelregistrering

<p>Information om dubbelregistrering</p> <p>Det är mycket viktigt att ni kontrollerar och anger rätt insjuknandedatum för patienter som kommer från andra sjukhus, annars blir det två vårdtillfällen i Riksstroke!</p>	<p>Dubbelregistrering= Är ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf).</p> <p>Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista.</p> <p>Listan "Dubbelregistreringar" är inställd på att visa ej hanterade dubbelregistrerade vtf. Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vtf för att vtf skall tas bort från denna lista. Vtf överförs då automatiskt till listan Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</p> <p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst. För att underlätta bör TIA-formulärets data registreras så snart som möjligt.</p> <p>För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande, försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter.</p> <p>Det är helt avgörande om patienten skall komma upp som en dubbelregistrering att ni angivit samma insjuknandedatum vid de berörda sjukhusen. Var uppmärksam och kontrollera detta då registreringar av samma vårdtillfälle förekommit med olika insjuknandedatum tidigare år!</p>
---	--

TIA-formuläret

<p>Personnummer Samordningsnummer Reservnummer</p>	<p>Om patient saknar personnummer ska personens samordningsnummer eller reservnummer registreras. Avvakta i möjligaste mån registrering av reservnummer eftersom reservnumret i de allra flesta fall är tillfälligt. I Webbregristreringen klicka på endera reservnummer eller samordningsnummer och fyll i den nya rutan som aktiveras.</p> <p>Samordningsnummer består liksom personnummer av tio siffror. De inledande sex siffrorna utgår från personens födelsetid (år, månad, dag). Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som är udda för män och jämnt för kvinnor. Siffran för födelsedag ökas med talet 60 och en kontrollsiffra beräknas. Samordningsnumret för en man som är född den 3 oktober 1970 och har individnummer 239 blir därför: 70 10 03 + 60 = 70 10 63 - 2391</p> <p>Reservnummer som i dagsläget går att fylla i är antingen ett 12-siffrigt löpnummer t.ex. 995234567891 eller ett datum med en bokstav i de 4 sista t.ex. 22010184a3</p> <p>Riksstroke rekommenderar att personer med skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.</p>
<p>Namn</p>	<p>Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på pappersformuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.</p>
<p>Kön</p>	<p>Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, måste ni aktivt ange kön.</p>
<p>Rapporterande sjukhus</p>	<p>Registreras automatiskt efter inloggning. Behöver bara skrivas på pappersenkäten om man vill.</p>
<p>Avdelning</p>	<p>Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckning för resp. avdelning. Data kan även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning. Kan anges om sjukhuset har flera avdelningar till Strokeenheten för att kunna separera redovisningen avdelningarna emellan i statistikmodulen, eller annat datauttag. Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.</p>
<p>Ifyllt av</p>	<p>Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift). Detta registreras inte elektroniskt. Detta kan underlätta om den som registrerar in pappersformuläret i RS-webbmodul</p>

	har några frågor.
Avlidandedatum (Endast i webbregistreringen)	Finns endast i webbfönstret och ifylls endast om patienten avlider under vårdtiden.
Hemkommunkod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Ålder (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.

Ankomst/inläggning

G 45 (TIA-diagnos)	<p>G 45 = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim. Decimalen i TIA-diagnosen är tvingande att fylla i för att möjliggöra urskiljning av amaurosis fugax (G45.3) vid vissa analyser.</p> <p>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</p>
TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi	<p>Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos i Akutformuläret för stroke vid fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi.</p> <p>Obs! Detta är ett valfritt alternativ för varje sjukhus.</p> <p>Data för dessa vårdtillfällen som registreras med diagnos G45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I 63. (Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse).</p>
Insjuknandedag (ÅÅMMDD)	<p>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". Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten kommer in till sjukhus eller söker vård.</p>
Insjuknandetid (TIM.MIN)	<p>Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas.</p> <p>Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symptom. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p>

	<p>Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom - koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd anges om möjligt tidpunkt när patienten senast var utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p>
Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus	<p>Ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom ange tidsintervall när patienten senast var utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om ineliggande 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.</p>
Larm för trombolys/trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"	<p>Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomibehandlingar. Koda "ja" om "rädda hjärnan/strokelarm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Koda "ja" även om larmet inte ledde till trombolys-/trombektomibehandling (t.ex. för att DT-hjärna visade en blödning).</p> <p>Svarsalternativ 2= nej, gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget trombolyslarm ska startas.</p>
Patienten kom med ambulans	Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är frågan ej aktuell att besvara.
Patienten vaknade med stroke-/TIA-symtom	Registrera om patienten hade stroke-/TIA-symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.
Patienten var redan inlagd på sjukhus vid TIA-insjuknandet	Koda 1= ja, om patienten insjuknar i TIA när patienten redan är inlagd på sjukhus för annan åkomma/orsak.
Patienten vårdades ineliggande för TIA-insjuknandet	Koda 1= ja, om patienten vårdats ineliggande. Om man kodar "2" är övriga variabler i formuläret frivilliga att besvara.

Patienten vårdades inom specialistöppenvård/dagvård vid strokeenheten för det aktuella TIA-insjuknandet	Koda om patienten vårdats på specialistöppenvård/dagvård vid strokeenhet för det aktuella TIA-insjuknandet. Frågan avser att fånga hur många patienter med TIA som vårdats inom öppen- respektive slutestrokevård. Med öppenvård (svarsalternativ 1= ja) avses avgränsade besök dagtid vid stromottagning eller strokeenhet, och med slutenvård (svarsalternativ 2= nej) avses ineliggande vårdtid, detta även om patienten endast är på avdelningen dagtid (s.k. nattpermission).
Patient sökte först till hälso- och sjukvård för det aktuella TIA-insjuknandet vid	Koda var patienten först sökte vård för det aktuella TIA-insjuknandet.
Ankomstdag till sjukhus (ÅÅMMDD)	Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är ankomstdatum = insjuknandedatum. Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.
Tidpunkt för ankomst till sjukhus (TIM.MIN)	Ange timme och minuter när patienten kommer till sjukhus. Avser tidpunkt för ankomst till det sjukhus där patienten <u>först vårdades för TIA</u> om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme annars kodalas minuter med "99" . Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är insjuknandetiden i TIA = ankomsttid till sjukhus.
Ankomstdag till strokeenhet (ÅÅMMDD)	Avser inskrivningsdatum för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Om dag inte är känd, koda "99" . Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.
Tidpunkt för ankomst till strokeenhet (TIM.MIN)	Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme annars kodalas minuter med "99" .
Inlagd först på	Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första

vårdformen vid ankomsten till sjukhuset.

*Definition av **strokeenhet**: (se Riksstrokes hemsida).*

Om redan inlagd patient drabbas av stroke, registrera den typ av avdelning som patienten eventuellt flyttas till. Om patienten blir kvar på den avdelning där patienten insjuknat registreras den typen av avdelning.

Om patienten först läggs in på HIA för trombolysbehandling* registreras svarsalternativ **4= IVA** och det/de svarsalternativ som passar för den/de avdelningar som sedan patienten vårdas på under akutskedet.

*Gäller endast för patienter som vårdas på HIA under trombolysbehandling.

Om man tidigare i registreringen kodat att patienten ej är inlagd kommer denna varningsruta när man skall mata in uppgifter på denna fråga:

Patienten är registrerad "ej inlagd" varför denna fråga ej är aktuell. Om felaktigt registrerad "ej inlagd" korrigeras registreringen (första frågan under flik Vårdkedja).

Riskfaktorer

Stroke tidigare	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som <u>inte</u> 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 " nej ".
TIA/Amaurosis fugax tidigare (Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi)	Koda 1= ja , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och/eller Amaurosis fugax. Koda 2= nej , om inget finns angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda 9= okänt , om osäkra uppgifter.
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1= ja om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder. Ange om patienten innan insjuknandet i TIA har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda " ja " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer/fladder vid detta TIA-insjuknande eller om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle.
Diabetes, tidigare diagnostiserat eller nyupptäckt	Gäller alla typer av diabetes. Koda " ja " om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	Koda " ja " om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även " ja " om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har. Koda " nej " om patienten <u>inte</u> har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation. Koda " nej " om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.
Rökning	Koda " ja " 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").

Undersökning hjärna

Datortomografi hjärna under vårdtiden.	Registrera om datortomografi hjärna genomförts under vårdtiden.
MR hjärna under vårdtiden.	Registrera om MR-hjärna genomförts under vårdtiden.
Om ja, MR hjärna under vårdtiden visar:	Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej.

Undersökning kärl

Ultraljud halskärl genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.
Datum för ultraljud halskärl, om ja på föregående fråga (ÅÅMMDD)	Ange datum för ultraljud halskärl om undersökningen är genomförd. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden. Det går att registrera ett polikliniskt undersökningsdatum.
DT-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion).
Datum för DT-angiografi, om ja på föregående fråga (ÅÅMMDD)	Ange datum för DT-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden.
MR-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi.
Datum för MR-angiografi, om ja på föregående fråga (ÅÅMMDD)	Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden.
Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi	Om DT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes (fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde). OBS! Endast ett svarsalternativ är möjligt!

Undersökning hjärta

Långtids-EKG (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårddagen	Registrera om undersökningen är genomförd under vårddagen eller planeras efter vårddagen. Registrera "ja" oavsett hur länge patienten har haft telemetri. Det finns i dagsläget ingen vedertagen tid för hur länge telemetrin ska pågå.
---	---

Undersökning funktionsförmåga

Bedömning av arbetsterapeut utförd under vårddagen	Registrera om bedömning av arbetsterapeut är gjord under vårddagen.
Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut utförd under vårddagen	Registrera om bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är gjord under vårddagen.

Läkemedelsbehandling, se även FASS

(länk <http://www.fass.se> finns på Riksstrokes hemsida)

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** resp. vid **utskrivningen** från den **akuta vårddagen**, 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 vårddagen** registreras ej läkemedel 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.

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin, Zocord)
ASA	(t.ex. Trombyl)
Clopidogrel	(t.ex. Plavix)
ASA + dipyridamol	(Asasantin)

Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ovanstående	(t.ex. Brilique, Efient, Pletal, Possia)
Warfarin	(Waran)
Om ja, behandling med warfarin vid insjuknande ange PK (INR)-värde oavsett diagnos	Om warfarinbehandling vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos. Koda 9, 9 om okänt värde.
Apixaban	(Eliquis)
Dabigatranetexilat	(Pradaxa)
Rivaroxaban	(Xarelto)
Edoxaban	(Lixiana)
Andra perorala antikoagulantia än ovanstående	Registrera om patienten vid inskrivning eller utskrivning står på andra perorala antikoagulantia än ovanstående
Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia <u>under vårdtiden</u> (ÅÅMMDD)	Avser ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden. Om behandling pågick vid insjuknande och kortare uppehåll än 36 tim under vårdtiden ange ankomstdatum till sjukhus.
Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej var insatt <u>under vårdtiden</u> vid förmaksflimmer och TIA (G 45)	Denna fråga avser endast patienter med diagnos G 45 och förmaksflimmer och gäller huvudorsak till varför Waran eller andra perorala antikoagulantia inte är insatt.

Information och uppföljning

Föreskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept)	Koda om föreskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept) enligt Socialstyrelsens riktlinjer är gjord. Svarsalternativet 2= nej innefattar även ej relevant/ej aktuellt men innefattar inte om behovet av fysisk aktivitet redan är tillgodosett då registreras svarsalternativ "3" .
---	--

Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet	<p>Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i webbregistreringen.</p> <p>Registrera om information om rökstopp är given.</p> <p>Koda 2= nej, även i de fall när patienten har avböjt information. Finns inte uppgifter journalförda om information om rökstopp är given koda 9= okänt.</p>
Information given om bilkörning	<p>Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning eller om det ej är relevant p.g.a. av att patienten saknar körkort eller p.g.a patientens tillstånd.</p> <p>Finns inte uppgifter journalförda om information om uppehåll med bilkörning är given till dem som har körkort koda 9= okänt.</p>
Återbesök planerat	<p>Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga.</p> <p>Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.</p>
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	<p>Avser slutligt utskrivningsdatum från vårdtillfället för TIA. Om vård på flera sjukhus/kliniker under vårdtillfället är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.</p>

ABCD2-score (Frivillig fråga fr.o.m. 2016)

Frågan är frivillig för de sjukhus som vill fortsätta att registrera. Redovisningen av ABCD2-score i årsrapporten har tagits bort.

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

Under några av frågor har svarsalternativ *uppgift saknas* lagts till i registreringsfönstret under rubriken ABCD2-score som skall användas om inte uppgifter återfinns i journalen.

Ålder	Koda 1 = ≥ 60 år Koda 0 = < 60 år
Blodtryck	Avser första mätningen efter ankomst till sjukhus. Koda 1 = $\geq 140/90^*$ vid undersökning om resultatet visar det. Koda 0 = $< 140/90$ Koda 9 = okänt/uppgift saknas om blodtryck ej är tagit eller uppgift om värdet ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset. * OBS! Det räcker att antingen det systoliska är >140 eller det diastoliska är >90 för att koda 1 = $\geq 140/90$.
Klinisk bild under aktuell TIA	Koda resultat av klinisk bild. TIA kan yttra sig med många olika symtom. ABCD2-score efterfrågar enbart två symtomgrupper. Koda 1 = talsvårigheter utan svagheter Koda 2 = svaghet i ena sidan (unilateral) kan vara i kombination med andra symtom Koda 0 = övriga symtom Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Symtomens varaktighet	Koda 1 = symtom varat 10-59 minuter Koda 2 = symtom varat ≥ 60 minuter Koda 0 = symtom varat < 10 minuter Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Diabetes	Koda 1 = diabetes, tidigare diagnosticerad eller nyupptäckt Koda 0 = ingen diabetes Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Summa ABCD2-score	Summa ABCD2-score, programmet registrerar automatisk den totala poängsumman, max 7 p.

Sjukhuskoder i Riksstroke

RS-Sjukhuskoder för 2017	
Alingsås	411
Arvika	412
Avesta	413
Bollnäs	414
Borås*	210
Danderyd	211
Enköping	415
Falun/Ludvika *	213
Gällivare	418
Gävle	438
Halmstad	215
Helsingborg	216
Hudiksvall	460
Hässleholm	455
Höglandssjukhuset- Eksjö	454
Jönköping- Ryhov sjukhuset	273
Kalix	420
Kalmar	218
Karlshamn	421
Karlskoga	475
Karlskrona	219
Karlstad*	342
Karolinska-Solna	143
Karolinska-Huddinge	145
Kiruna	423
Kristianstad	221
Kullbergiska (Katrineholm)	422
Kungälv	473
Skaraborgs sjukhus (SkaS)*	327
Köping*	326
Landskrona	427
Lidköping	461
Lindesberg	429
Linköping	147
Ljungby	430
Lund (SUS Lund)	141
Lycksele	432
Malmö (SUS Malmö)	115
Mora	433

Motala	434
Mälarsjukhuset (Eskilstuna)	212
Möndal	223
Norrköping/Finspång*	225
Norrtälje	435
Nyköping	436
NÄL *(Norra Älvsborgs sjukhus)	324
Oskarshamn	457
Piteå	484
Sahlgrenska	116
Skellefteå	440
Sollefteå	441
S:t Görän (Capio S:t Görän)	228
Sunderbyn	222
Sundsvall*	329
Södertälje	445
Södersjukhuset	230
Torsby	446
Trelleborg	447
Umeå	118
Uppsala, Akademiska	110
Varberg	449
Visby	232
Värnamo	450
Västervik	451
Västerås	333
Växjö	234
Ystad *	352
Ängelholm	456
Örebro	146
Örnsköldsvik	453
Östersund	236
Östra sjukhuset	235
Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Sjukhus med okänd Riksstroke kod	999

* **Falun/Ludvika** är sammanslaget med Falun på kod 213 fr.o.m. 12 -01-01 (tidigare kod Ludvika 431)

* **Norrköping/Finspång** är sammanslaget på kod 225 fr.o.m. 12 -01-01 (Tidigare kod Finspång 464)

* **Borås/Skene** är sammanslagna på kod 210 fr.o.m. 11-01-01 (Tidigare kod Skene 439)

* **Kärnsjukhuset-Skövde**/Mariestad (fr.o.m. 2009-06-01) / Falköping (fr.o.m.2010-01-01)
sammanslagna, ny kod 327
(Tidigare koder Skövde 227 Mariestad 428 och Falköping 417)

* **NÄL**-Trollhättan/ Uddevalla sammanslagna fr.o.m. 2009-01-01 ny kod 324.
(Tidigare koder NÄL 224 och Uddevalla 231)

* **Ystad**/Simrishamn sammanslagna fr.o.m. 2007-01-01, ny kod 352.
(Tidigare koder Ystad 452 och Simrishamn 459)

* **Sundsvall**/Härnösand sammanslagna fr.o.m. augusti 2005, ny kod 329, fr.o.m. 2006-01-01.
(Tidigare koder Sundsvall 229 och Härnösand 419)

* **Köping**/Fagersta sammanslagna fr.o.m. 2004, ny kod 326
(Tidigare koder Köping 426 och Fagersta 416)

* **Karlstad**/Kristinehamn/Säffle sammanslagna fr.o.m. 2004, ny kod 342
(Tidigare koder Karlstad 242, Kristinehamn 424 och Säffle 443)

PRELIMINÄR