



RIKSSTROKE

The Swedish Stroke Register

Vägledning

För TIA-registrering i Riksstroke

Version 9.0

2019

Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

Version 9.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2019-01-01** och därefter.

Formulärets ändringar gäller från 2019-01-01.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;
hannele.hjelm@regionvasterbotten.se Tel. 090 -785 87 83 eller
support@riksstroke.org

Innehållsförteckning

GENERELLA ANMÄRKNINGAR	3
DUBBELREGISTRERING	4
TIA-FORMULÄRET	5
ANKOMST	8
AKUTA UNDERSÖKNINGAR/ÅTGÄRDER	8
INLÄGGNING	9
RISKFAKTORER	11
INFORMATION.....	11
UNDERSÖKNING	12
UNDERSÖKNING FUNKTIONSFÖRMÅGA.....	11
LÄKEMEDELSBEHANDLING, SE ÄVEN FASS	12
UPPFÖLJNING	13
SJUKHUSKODER I RIKSSTROKE	14

Generella anmärkningar

- **Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen!**
 - **Tänk på sekretessen och att ni har rätt behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd! Logga alltid ut av säkerhetsskäl.**
 - **Pappersformulären är arbetsmaterial och sparas så länge man anser att man behöver dem för registreringen, tex för att ändra eventuella inmatningsfel.**
 - **TIA-modul** infördes den 1 januari 2010 i Riksstroke. **Uppföljningsformulär** finns ej ännu för TIA-patienterna och de skall inte följas upp i dagsläget.

 - **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. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på Riksstroke's patientinformation. Riksstroke's patientinformation finns att ladda ner på Riksstroke's hemsida <http://www.riksstroke.org/sve/riksstroke-registreringsplattform/information-patient/>. I patientinformationen finns kontaktuppgifter till register samt dataskyddsombud, ni fyller även i kontaktuppgifter till er egen vårdenheter. Även en patientinformationsfolder och ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar strokepatienter rekommenderas.

 - **Borttagning av patientuppgifter** - Patienten har 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.

På Riksstroke's hemsida <http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/blanketter/> kan patienten ladda ner blankett om en begäran om utträde ur registret. Den skall göras skriftligt och skickas till Riksstroke's kansli.

OBS! Ni kan själva ta bort patientuppgifter från registret om patienten feldiagnostiserats eller felregistrerats dvs patienten skulle aldrig ha registrerats i registret.

 - **Begäran om registerutdrag.** På Riksstroke's hemsida finns blankett för begäran om registerutdrag <http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/blanketter/>. Begäran om registerutdrag skall göras skriftligt och skickas till Riksstroke's kansli.

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.**

- **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. I Årsrapporten för TIA redovisas både inlagda och 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 avvikelser för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".
- **Datum och tider** – Undvik **9999** och **99** i möjligaste mån, försök registrera datum, timmar och minuter så exakt som möjligt enligt de anvisningar som finns under respektive rubrik.

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.</p> <p>Om samma patient registreras på flera sjukhus med samma eller närliggande datum +- 5 dagar kommer det upp en varning samt uppmaning att kontakta det sjukhus som också har registrerat patienten.</p> <p>Vid dubbelregistrering uppmanas inblandade sjukhus/strokeenheter kontakta 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>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 patienten 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 Webbregistreringen 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 födelsestid (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>
Namn	Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på pappersformuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.
Kön	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, måste ni aktivt ange kön.
Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt efter inloggning. Behöver bara skrivas på pappersenkäten om man vill.
Avdelning	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 för respektive avdelning kan då även erhållas via specialurval i statistikmodulen. Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.

Ifyllt av	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 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)	Skер automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Skер 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.
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> <p>G45.X TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi</p> <p>Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos i Akutformuläret för stroke vid fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi. 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.</p> <p>(Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse).</p>
Patienten vaknade med symtom	Registrera om patienten hade stroke-/TIA-symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.
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".</p> <p>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> <p>Automatisk överföring sker från Patientsidan i webbregistreringen till Akutskede.</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 symtom. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme, ange i andra hand minuter som "99" och ange då även så exakt tid som möjligt i tidsintervall. 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 <u>i första hand om möjligt</u> 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>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart hel timme kan fastslås (ex 1099) 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 ineliggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd (senaste tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av TIA-insjuknandet.</p>
Patienten var redan på sjukhus/akutmottagning vid TIA-insjuknandet	<p>Koda 1= ja, om patienten insjuknar i TIA när patienten redan är inlagd på sjukhus eller insjuknar på akutmottagningen om patienten sökt för annan åkomma/orsak.</p>
Patienten kom med ambulans	<p>Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är frågan ej aktuell att besvara.</p>
Larm för trombolys/Trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"	<p>Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomibehandlingar. Koda 1= ja om "rädda hjärnan/strokelarm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Strokelarm kan även utlösas från vårdavdelning om patienten redan är inlagd.</p> <p>Koda 1= 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 "rädda hjärnan/strokelarm" ska starta.</p>

ANKOMST

<p>Patient sökte först till hälso- och sjukvård för det aktuella TIA-insjuknandet vid</p>	<p>Koda var patienten först sökte vård för det aktuella TIA-insjuknandet. Syftet med frågan är att se om patienten kommer direkt till sjukhuset eller till andra icke sjukhusalternativ.</p> <p>Vid direktintag strokeenhet koda svarsalternativ 1 = akutmottagning på sjukhus. Primärvårdsakutmottagning kodas som 2= primärvård. Svarsalternativ 4= annat kan tex vara privatpraktiserande eller utomlands.</p>
<p>Ankomstdag till sjukhus (ÅÅMMDD)</p> <p>Avser det sjukhus där patienten vårdades i öppen/slutenvård för det aktuella TIA insjuknandet</p>	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är ankomstdatum = insjuknandedatum.</p> <p>Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.</p>
<p>Tidpunkt för ankomst till sjukhus (TIM.MIN)</p>	<p>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.</p> <p>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 kodas minuter med "99".</p> <p>Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är ankomsttid till sjukhus = insjuknandetiden i TIA.</p>

AKUTA UNDERSÖKNINGAR/ÅTGÄRDER

<p>Datortomografi hjärna under vårdtiden.</p>	<p>Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi hjärna.</p>
<p>DT- angiografi genomförd i direkt anslutning till första DT</p>	<p>Koda 1=ja om undersökningen är genomförd i direkt anslutning till första datortomografin. Man kan koda 1=ja om DT är gjord inom 24 tim.</p>
<p>Trombektomi- center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi</p>	<p>Registrera om trombektomi-center/jour har kontaktats för ställningstagande till trombektomi.</p>

INLÄGGNING

<p>Patienten vårdades inneliggande för TIA-insjuknandet</p>	<p>Koda 1= ja, om patienten vårdats inneliggande. Om man kodar 2= nej, svara på de frågor som ni kan.</p>
<p>Patienten vårdades inom specialistöppenvård/dagvård vid strokeenheten för det aktuella TIA-insjuknandet</p>	<p>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 slutstrokevård.</p> <p>Med öppenvård (svarsalternativ 1= ja) avses avgränsade besök dagtid vid strokemottagning eller strokeenhet, och med slutenvård (svarsalternativ 2= nej) avses inneliggande vårdtid, detta även om patienten endast är på avdelningen dagtid (s.k. nattpermission).</p>
<p>Inlagd först på</p>	<p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten till sjukhuset.</p> <p><i>Definition av strokeenhet: (se Riksstrokek hemsida).</i></p> <p>Om redan inneliggande 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.</p> <p>Om patienten först läggs in på HIA eller MAVA för trombolysbehandling* registreras svarsalternativ 4= IVA och det/de svarsalternativ som passar för den/de avdelningar som sedan patienten vårdas på under akutskedet.</p> <p>*Gäller endast för patienter som vårdas på HIA under trombolysbehandling.</p>
<p>Vård på strokeenhet</p>	<p>Koda om patienten har vårdats på strokeenhet för detta strokeinsjuknande.</p>
<p>Ankomstdag till strokeenhet (ÅÅMMDD)</p> <p>Avser den strokeenhet där patienten vårdades i öppen/slutenvård för det aktuella TIA insjuknandet</p>	<p>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.</p>
<p>Tidpunkt för ankomst till strokeenhet (TIM.MIN)</p>	<p>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 <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme annars kodas minuter med "99".</p>

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 patienten innan insjuknandet i TIA har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1=ja 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 1=ja om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	Koda 1=ja om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även 1=ja om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har. Koda 2=nej om patienten <u>inte</u> har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation. Koda 2=nej om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.
Rökning	Koda 1=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").

INFORMATION

<p>Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet</p>	<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.</p> <p>Finns inte uppgifter journalförda om information om rökstopp är given koda 9= okänt.</p>
<p>Information given om bilkörning</p>	<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>

UNDERSÖKNING

<p>MR hjärna under vårdtiden.</p>	<p>Registrera om MR-hjärna genomförts under vårdtiden.</p>
<p>Om ja, MR hjärna under vårdtiden visar:</p>	<p>Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej. Frågan avser enbart påvisande av färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och ingen färsk hjärninfarkt koda 2= ingen färsk hjärninfarkt.</p> <p>Om MR påvisar hjärnblödning och osäkert resultat vad gäller färsk hjärninfarkt koda 9= osäkert/okänt undersökningsfynd. Frågan ger möjlighet att följa diagnossättning av TIA och hjärninfarkt relaterat till undersökningsfynd för att se på diagnosglidningar över tid.</p>
<p>MR-angiografi genomförd</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.</p>
<p>Datum för MR-angiografi (ÅÅMMDD)</p>	<p>Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd.</p> <p>Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden.</p>
<p>DT-angiografi genomförd mer än 24 tim efter ankomst eller första DT</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion) i ett senare skede av vårdtiden. Avser inte den akuta undersökningen som görs i anslutning till första DT.</p>

Datum för DT-angiografi (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.
Ultraljud halskärl genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl under vårdtiden eller beställd till efter utskrivningen.
Datum för ultraljud halskärl (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.
Långtids-EKG minst 24 tim (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden	Registrera om undersökningen är genomförd under vårdtiden eller beställd till efter vårdtillfället. Registrera 1 = ja om patienten haft långtids EKG minst 24 timmar.

UNDERSÖKNING FUNKTIONSFÖRMÅGA

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

LÄKEMEDELSBEHANDLING, SE ÄVEN FASS

(länk <http://www.fass.se> finns på Riksstroke's hemsida)

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** resp. vid **utskrivningen** från det aktuella vårdtillfället. Denna tid kan även inbegripa fortsatt vård på annat sjukhus om patienten flyttas över i ett tidigt skede exempelvis inom ett par dagar. **Registrera 4= ja** om patienten ingår i läkemedelsstudie. Registrera även om läkemedelsbehandlingen planeras insättas **inom 2 veckor efter utskrivning**.

Om patienten **avlider under vårdtiden** registreras ej läkemedel vid utskrivning. Registrera läkemedel som patienten är insatt på *oavsett om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen eller inte*.

Om patienten har paus med antikoagulantia ex inför kirurgi, Registrera vid insjuknande **1= ja** (beskriver praxis – intention to treat). INR/PK-värde vid inläggning beskriver att Waran inte var i terapeutisk dos. Om uppehåll längre tid paus 3-7 dag registrera **1=ja**, mer än 7 dag registrera **2 = nej**

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. atorvastatin/Lipitor, pravastatin, rosuvastatin/Crestor, simvastatin)
ASA	(t.ex. Trombyl)
Clopidogrel	(t.ex. Plavix)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ovanstående	(t.ex. Brilique, Efixent, 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)
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 insjuknandet och inget uppehåll (mer än 36 timmar) gjordes, ange ankomstdatum till första sjukhus. Om uppehåll på mer än 36 timmar, ange datum för återinsättning.
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.

UPPFÖLJNING

Återbesök planerat	Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	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.

Sjukhuskoder i Riksstroke

RS sjukhuskoder för 2018	
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)