

## Registrering av Omvårdnadsvariabler

Version **23.1** Används vid registrering av de som insjuknar i akut stroke **2023-01-01** och därefter

Personnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Namn: \_\_\_\_\_

Insjuknande datum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Rapporterande sjukhus |\_|\_|\_|\_|\_|

### Fall

**1. Har riskbedömning för fallrisk gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.**

- Ja
- Nej

*Vid Ja på fråga 1*

**2. Föreligger risk för fall enligt genomförd fallriskbedömning?**

- Ja
- Nej

*Vid Ja på fråga 2*

**3. Har förebyggande åtgärder vidtagits?**

- Ja
- Nej

**4. Har patienten fallit under vårdtillfället?**

- Ja
- Nej

*Vid Ja på fråga 4*

**5. Ledde fallet till en vårdskada?**

- Ja
- Nej

## Munhälsa

1. Har riskbedömning gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 1

2. Föreligger ohälsa i munnen eller risk för ohälsa i munnen enligt genomfört bedömningsinstrument?

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 2

3. Har förebyggande åtgärder vidtagits

- Ja
- Nej

## Nutrition/Undernäring

1. Har riskbedömning för undernäring gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 1

2. Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömningsinstrument?

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 2

3. Har förebyggande åtgärder vidtagits?

- Ja
- Nej

4. Har någon av följande åtgärder genomförts? (Om Ja, ange datum med ååmmdd)

Dietistbedömning	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
Logopedbedömning	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
Nasogastrisk sond	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
PEG/RIG	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
TPN	<input type="checkbox"/> Ja, Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej

Vid Ja på Nasogastrisk sond och/eller PEG(/RIG):

**5. Om sond får patienten sväljträna?**

- Ja
- Nej/ej dokumenterat
- Ej aktuellt pga patientens tillstånd

## Residualurin

**1. Har patienten KAD vid inskrivningen på första sjukhus (kronisk KAD)?**

- Ja
- Nej

**2. Kontroll av residualurin genomförd**

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 2

**3. Hade patienten residualurin?**

- Ja
- Nej

Vid Ja på fråga 3

**4. Vilka åtgärder har vidtagits? (Flera svarsalternativ möjliga)**

Ny kontroll

RIK

KAD, om så i hur många dagar? |\_\_|\_\_|\_\_|

Annat \_\_\_\_\_

Ej dokumenterat

Vid Ja på KAD vid inskrivning eller åtgärd:

**5. Har patienten KAD vid utskrivningen?**

- Ja
- Nej

## Smärta

### 1. Har patienten smärta?

- Ja
- Nej
- Ej dokumenterad

*Vid Ja på fråga 1*

### 2. Har patientens smärta skattats med ett bedömningsinstrument (t.ex. VAS, Abbey Pain Scale)?

- Ja
- Nej

### 3. Har åtgärder vidtagits för att lindra smärtan?

- Ja
- Nej
- Patienten har avböjt

*Vid Ja på fråga 3*

### 4. Har uppföljning med bedömningsinstrument utförts för att utvärdera vidtagna åtgärder (t.ex VAS, Abbey Pain Scale)?

- Ja
- Nej

## Trycksår

### 1. Har riskbedömning för trycksår gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.

- Ja
- Nej

*Vid ja på fråga 1*

### 2. Föreligger risk för trycksår enligt riskbedömning?

- Ja
- Nej

*Vid ja på fråga 2*

### 3. Har patient med trycksår eller risk för trycksår fått åtgärder vidtagna?

- Ja
- Nej

**4. Har patienten utvecklat trycksår under vårdtiden?**

- Ja
- Nej
- Hade trycksår vid ankomst till sjukhuset
- Ej dokumenterat