

Version **25** Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2025-01-01** och därefter

För registrering av TIA-diagnos efter trombolys och/eller trombektomi använd formuläret för stroke i akutskedet!

## RIKSSTROKE - TIA

Personnummer         -

Namn ..... Kön 1= man 2= kvinna

Rapporterande sjukhus     Avdelning

Ifyllt av (namn på person som fyller i formuläret) .....

G 45 = TIA/cerebral ischemi övergående inom 24 tim G

Patienten vaknade med symtom   
1= ja 2= nej 9= okänt

Insjuknandedag (ÅÅMMDD)

Insjuknandetid (TIM.MIN)

Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom.  
Om ineliggande patient drabbades av TIA och insjuknandetid är okänd, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom.

Insjuknandetid anges i timmar och minuter. Om endast **hel timme** kan fastslås eller om insjuknandetid är **okänd** registrera "99.99" och ange så exakt tid som möjligt i *Tidsintervall* nedan.

Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus

(Besvaras om insjuknandetid är okänd eller om enbart hel timme kan fastslås [99.99])

1= inom 3 tim 2a= inom 4,5 tim 2b= inom 6 tim 3= inom 24 tim 4= efter 24 tim 9= okänt

Patienten var redan på sjukhus/akutmottagning vid detta TIA-insjuknande   
1= ja 2= nej

Patienten kom med ambulans   
1= ja 2= nej 9= okänt

Larm för trombolys/trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"   
1= ja 2= nej 9= okänt



----- INLÄGGNING -----

Patienten vårdades ineliggande för detta TIA-insjuknandet

1= ja 2= nej

Patienten vårdades inom specialistöppenvård/dagvård vid strokeenhet för det aktuella TIA-insjuknandet

1= ja 2= nej (inkl. inlagd med nattpermission) 9= okänt



**Inlagd först på**

1= vårdavdelning som är annan typ av vårdavdelning än svarsalternativ nedan (2, 3, 4 eller 6)

2= strokeenhet

3= intagnings/obs-avd.

4= intensivvårdsavd.

5= annat (fyll i vidstående fält) .....

6= neurokirurgisk avd.

9= okänt

Har patienten vårdats på strokeenhet för detta insjuknande?

1= ja 2= nej 9= okänt

**Ankomst till strokeenhet**

(avser den strokeenhet där patienten vårdades i öppen/sluten vård för det aktuella TIA-insjuknandet)

Ankomstdag till strokeenhet (ÅÅ.MM.DD)

Tidpunkt för ankomst till strokeenhet (TIM.MIN)

----- RISKFAKTORER -----

Svarsalternativ: 1= ja 2= nej 9= okänt

Stroke tidigare

TIA / Amaurosis fugax tidigare

Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)

Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtid

(Gäller även intermittent flimmer eller fladder)

Diabetes, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt

Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet

Rökning (En cigarett eller mer per dag, eller slutat under de senaste 6 mån)

----- INFORMATION -----

**Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet**

|\_\_|

1= ja (dokumenterat i journal) 2= nej/ okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal)

3= ej relevant p g a patientens tillstånd

**Information given om bilkörning**

|\_\_|

1= ja 2= nej/okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal) 3= ej relevant/saknar körkort eller p g a patientens tillstånd

----- UNDERSÖKNINGAR UNDER VÅRDTIDEN -----

**MR hjärna genomförd**

|\_\_|

1= ja 2= nej 3= nej, beställt till efter utskrivning 9= okänt

**Om ja, MR hjärna visade:**

|\_\_|

1= färsk hjärninfarkt 2= ingen färsk hjärninfarkt 9= osäkert/okänt undersökningsfynd

**DT- angiografi genomförd men ej i anslutning till första DT**

1= ja 2= nej 3= nej, beställt till efter utskrivning 9= okänt

|\_\_|

**Ultraljud halskärl genomförd**

|\_\_|

1= ja 2= nej 3= nej, beställt till efter utskrivning 9= okänt

**Långtids-EKG, minst 24 tim (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd**

|\_\_|

1= ja 2= nej 3= nej, beställt till efter utskrivning 9= okänt

-----RISKBEDÖMNINGAR OMVÅRDNAD-----

**Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning** |\_\_|

1= ja            2= nej

*Vid ja, riskbedömning genomförd*

**Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning** |\_\_|

1= ja            2= nej

*Vid ja, risk föreligger*

**Har förebyggande åtgärder vidtagits** |\_\_|

1= ja            2= nej

**Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning** |\_\_|

1= ja            2= nej

*Vid ja, riskbedömning genomförd*

**Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning** |\_\_|

1= ja            2= nej

*Vid ja, risk föreligger*

**Har förebyggande åtgärder vidtagits** |\_\_|

1= ja            2= nej

-----UNDERSÖKNING FUNKTIONSFÖRMÅGA-----

**Bedömning av logoped under vårdtid** |\_\_|

1= ja            2= nej            9= okänt

**Bedömning av arbetsterapeut under vårdtid** |\_\_|

1= ja            2= nej            9= okänt

**Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut under vårdtid** |\_\_|

1= ja            2= nej            9= okänt

----- LÄKEMEDELSBEHANDLING -----

Svarsalternativ 1= ja    2= nej    3= nej, planerad insättning inom 2 v efter utskrivning  
 4= ja, ingår i läkemedelsstudie    9= okänd

	Vid insjuknande	Vid utskrivning*
<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b> (avser samtliga grupper och oberoende av indikation)	_	_
<b>Statiner</b> (t ex Atorvastatin/Lipitor, Pravastatin, Rosuvastatin/ Crestor, Simvastatin)	_	_
<b>Trombocythämmare:</b>		
<b>ASA</b> (t ex Trombyl, Acetylsalicylsyra)	_	_
<b>Klopidogrel</b> (t ex Plavix, Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)	_	_
<b>Dipyridamol</b> (Persantin)	_	_
<b>Andra trombocythämmare än ovanstående</b> (t ex Brilique, Efient, Prasugrel,, Cilostazol, Possia)	_	_
<b>Perorala antikoagulantia:</b>		
<b>Warfarin</b> (Waran)	_	_
<b>Om warfarin vid insjuknande, ange PK (INR)-värde</b> 9,9=okänt	_ ,  _	
<b>Apixaban</b> (Eliquis)	_	_
<b>Dabigatranetexilat</b> (Pradaxa)	_	_
<b>Rivaroxaban</b> (Xarelto)	_	_
<b>Edoxaban</b> (Lixiana)	_	_
<b>Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden</b> (ÅÅ-MM-DD)	_ _      _ _      _ _	

----- UPPFÖLJNING -----

**Återbesök på grund av det aktuella TIA-insjuknandet är planerat hos sjuksköterska eller läkare**  
 (Flera svarsalternativ möjliga)

|\_| = ja, på särskild strokemottagning (på eller utanför sjukhuset)

|\_| = ja, på särskilt boende

|\_| = ja, på annan sjukhusmottagning/avdelning

|\_| = ja, på dagrehab

|\_| = nej

|\_| = ja, på vårdcentral/motsvarande

|\_| = okänt

**Utskrivningsdag** (ÅÅ-MM-DD)

|\_|\_| || |\_|\_| || |\_|\_|