

Riksstroke –Registrering av stroke

Preliminär Version 2026.1 INCA Används vid registrering av alla som insjuknar i stroke 2026-01-01

Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX) | | | | | | | | - | | | | |

Namn.....

----- Grundinformation -----

För patient som vaknar med symptom ange här datum och tid när patienten vaknade

Insjuknandedatum (ÅÅÅÅ-MM-DD) | | | | | | | |

Insjuknandetid (tim.min) | | | | | . | | | | |

Diagnos | | | | | . | |

I61= Hjärnblödning

I63= Hjärninfarkt

I64= Akut cerebrovasculärt insjuknande, ej specificerat som blödning eller infarkt

*(i plattformen registreras här preliminär diagnos utan underkategori (siffran efter punkten) Slutdiagnos registreras i plattformen i slutformuläret av det sjukhus som slutgiltigt skriver ut patienten från akutskedet. Skriv här diagnosen som satts vid **ert** sjukhus.)*

Vårdrelation (besvaras med Ja om patienten vårdats för detta strokeinsjuknande vid flera sjukhus)

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja skriv nedan ansvarigt sjukhus för de olika delarna i patientens vårdkedja

Första (Start)sjukhus.....

(det första sjukhus patienten hade kontakt med för aktuellt strokeinsjuknande)

Vårdande sjukhus.....

(det sjukhus som inte är första sjukhus och ej heller det sjukhus som skriver ut patienten från akutskedet)

Utskrivande (Slut)sjukhus.....

(det sjukhus som skriver ut patienten från akutskedet för aktuellt strokeinsjuknande blir också "ägande" sjukhus och ansvarar för 3 månaders uppföljningen oavsett hur lång vårdtiden varit på andra sjukhus)

----- Vårdflöde -----

Logistikstyrande variabler (styr vad som tänds och släcks i plattformen)

Patienten var redan på sjukhus/ akutmottagning vid detta strokeinsjuknande ☐ Ja ☐ Nej

Endast akutmottagningsbesök ☐ Ja ☐ Nej

Avliden under vårdtiden ☐ Ja ☐ Nej

Ny försämring under pågående vårdtillfälle för stroke/TIA som leder till trombolys eller trombektomi ☐ Ja ☐ Nej

Patienten vårdades inlagd för detta strokeinsjuknande

0= Nej 1= Ja



Inlagd först på (besvaras om 1=ja på inläggning)

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

2= Strokeenhet

3= intagnings/observationsavdelning

4= intensivvårdsavdelning

5= annat

6= neurokirurgisk avdelning

9= okänt

Ankomst till första sjukhus. (avser det sjukhus där patienten hade sin första kontakt för detta strokeinsjuknande d v s dokumenteras av startsjukhus)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Tidpunkt (tim.min)

Utskrivningsdatum (avser slutgiltigt utskrivningsdatum från akutskedet. Eventuella förflyttningstider in och ut mellan sjukhus fylls i separat nedan. Avlidandedatum= utskrivningsdatum om patienten avlider under vårdtiden)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda

Förflyttning mellan sjukhus ange datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Anges om patienten vårdats vid flera sjukhus. Ange datum för förflyttning när patienten åkte från eller kom till **ert** sjukhus. **OBS!** Ej ankomst till första sjukhus eller slutgiltigt utskrivningsdatum som registreras separat.

Förflyttning in Datum |__|__|__|__|__|__|__|__| Tid |__|__|__|. |__|__|__|

Förflyttning ut Datum |__|__|__|__|__|__|__|__| Tid |__|__|__|. |__|__|__|

Förflyttning in Datum |__|__|__|__|__|__|__|__| Tid |__|__|. |__|__|

Förflyttning ut Datum |__|_|_|_|_|_|_|_|_| Tid |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

 Vårdavdelning under akutskedet (avser hela vårdtiden inklusive första avdelning vid **ert** sjukhus, flera svarsalternativ möjliga)

☐ Strokeenhet ☐ Neurokirurgisk avdelning ☐ Intensivvårdsavdelning

☐ Intagnings/obs avdelning ☐ Annat ☐ Okänt

Ankomst till strokeenhet (avser ankomst till strokeenhet på ert sjukhus)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | 0 okänt

Tidpunkt (tim.min) | ____ | ____ | . | ____ | ____ |

Om vårdad utanför strokeenhet, ange totala antalet vård dagar på strokeenhet, intensivvård eller neurokirurgisk avdelning (inläggningsdag = dag 1, avser vårdtiden vid ert sjukhus)

0 okänt

Start

Formuläret besvaras endast av det första sjukhuset patienten vårdades vid för aktuellt strokeinsjuknande

Patienten vaknade med symtom |__|

0= Nej 1= Ja 9= okänt

Senast utan symtom (anges om patienten vaknat med symtom eller redan inlagd patient drabbas av stroke och insjuknandetiden är okänd)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | **Tid** (tim.min) | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ |

----- **Första sjukhus** -----

Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus (besvaras om insjuknandetid är okänd. För patient som insjuknat på sjukhus anges tid från senast sedd utan symtom till upptäckt av strokesymtom.)

☐ inom 3 tim ☐ 3–4,5 tim ☐ 4,5–9 tim ☐ 9–24 tim ☐ Efter 24 tim ☐ Okänt

Ankomst/transport sätt till första sjukhus

|_|

1= Ambulans 2= Annat sätt 9= Okänt

Vilken typ av ambulans transport (Om ambulans)

|_|

1= Vägambulans 2= Luftambulans 3= Väg och luftambulans 9= Okänt

Larm för trombolys/ trombektomi. "Rädda hjärnan/ strokelarm"

|_|

0= Nej 1= Ja 9= okänt

Medvetandegrad vid ankomst

|_|

1= Fullt vaken (RLS 1) 2= Slö men kontaktbar (RLS 2–3) 3= Medvetslös (RLS 4–8) 9= Okänt

Trombektomicenter/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi

|_|

0= Nej 1= Ja 9= okänt

Skickad för ställningstagande till trombektomi (besvaras av sjukhus som inte är trombektomicenter)

|_|

0= Nej 1= Ja

Skickad till trombektomicenter (besvaras av sjukhus som inte är trombektomicenter. Tiden densamma som förflyttningstid till trombektomicenter)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Tid** (tim.min) |_|_|_|_|_|.

Reperfusion/Operation

-----Trombolys-----

 **Trombolys givet eller påbörjat för akut stroke** |_|_|

(Besvara endast 1=Ja om trombolys givits vid ert sjukhus. Om behandling påbörjades men avbröts, ange svarsalternativ 1=Ja)

0= Nej 1= Ja, 9= Okänt

Om 1= Ja ange när behandling gavs

☐ Vid första ankomst till sjukhus ☐ Vid försämring under vårdtillfälle för stroke/TIA

 **Datum och tidpunkt för behandlingsstart för trombolys**

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tid (tim.min) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Preparat ☐ Metalyse ☐ Actilyse

Om nej, orsak till varför trombolys inte är givet (flera svarsalternativ möjliga)

|_|_|= tidigare spontan (dvs icke traumatisk) hjärnblödning

|_|_|= blödningsinslag i färsk hjärninfarkt

|_|_|= för milda symtom

|_|_|= för svåra symtom

|_|_|= ej möjligt att ge behandling inom 4,5 tim från insjuknande (vid känd insjuknande tid)

|_|_|= wake up stroke

|_|_|= andra kontraindikationer för trombolys (se vägledning för kontraindikationer)

|_|_|= annan anledning (ex. okänd insjuknandetid)

|_|_|= felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan

|_|_|= nödvändig kompetens saknades (ex. läkare m trombolyserfarenhet, bedömning av radiologi)

|_|_|= okänt

Reversering genomförd av dabigatran (Pradaxa) med idarucizumab (Praxbind) för att möjliggöra trombolys (FOU)

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|_|

-----**Trombektomi**-----

Ambulanstransport triagerades direkt till trombektomicenter

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|

Överflyttad till trombektomicenter från annat sjukhus

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|

Om 1= Ja ange orsak

☐ För ev trombektomi ☐ För annan orsak än trombektomi

Om överflyttad för trombektomi, gavs trombolys på första sjukhus

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|

Om 1= Ja vid vilket sjukhus.....



Trombektomi genomförd eller påbörjad för akut stroke

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|

Tidpunkt för kärlpunktion vid trombektomi. Ange den dag och tid då första kärl punkterades

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Tid** (tim.min) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

-----**Hjärnblödning efter trombolys/trombektomi**-----

Hjärnblödning med klinisk försämring inom 36 timmar efter trombolys eller |_|

trombektomi (Svarsalternativ 1= ja anges enbart om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 p eller mer på NIHSS, oavsett hur stor blödning DT/MR visar)

0= Nej 1= Ja 9= Okänt

-----**Hemikraniectomi**-----

Hemikraniectomi genomförd för expansiv ischemisk stroke (hjärninfarkt)

0= Nej 1= Ja 9= Okänt |_|

Datum för hemikraniectomi (ÅÅÅÅ-MM-DD) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

-----**Hjärnblödning**-----

Besvaras endast för patient med diagnos I61

Lokalisation av hjärnblödning (I61) |_|

1= Storhjärna, central/djup

2= Storhjärna, lobär/yttlig

3= Storhjärna, ospecificerat om djup eller yttlig

4= Hjärnstam

5= Lillhjärna

6= Flera olika lokalisationer

7= Annan

9= Okänd

Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda

Blödning med ventrikelgenombrott

0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Om behandling med perorala antikoagulantia (warfarin och NOAK) vid

insjuknande i hjärnblödning (I61), reversering genomförd

0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Läkemedel vid reversering vid hjärnblödning (I61)

0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Om 1=ja vilket läkemedel

Protrombinkomplexkoncentrat, PCC (Ocplex, Confindex)

Vitamin-K (Konakion, antidot till Waran)

Idarucizumab (Praxbind, antidot till Pradaxa)

Läkemedel ingående i reverseringsstudie eller behandling

med icke-godkänt läkemedel (t. ex Andexanet)

Neurokirurgisk åtgärd genomförd för hjärnblödning

0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Datum för neurokirurgi (ÅÅÅÅ-MM-DD)

NIHSS

Poäng enligt NIHSS

9 = okänt

totalsumma 99 = okänt

Fyll i NIHSS poäng för varje variabel. Totalsumman fylls i automatiskt i webben.

Totalsumma 99 fylls automatiskt i om en variabel är okänd. Totalsumma (i webben) inom parentes är NIHSS poäng där okänt inte räknas med och den ingår inte i statistikberäkning eller målnivå

Om Punkt 1a vakenhetsgrad =3 dvs koma, fylls totalsumman i automatiskt i webben. Punkt 2 och 3 går att ändra manuellt, övriga punkter är låsta.



NIHSS vid ankomst/inläggning (om patienten vårdas på/flyttas till trombektomicenter registrera poängen före trombektomi som poäng vid ankomst)

		Poäng vid ankomst	Vid försämring före trombolys/trombektomi	24 tim efter trombolys och/ eller trombektomi
1a	Vakenhetsgrad 0-3			
1b	Orientering 0-2			
1c	Förståelse 0-2			
2	Ögonmotorik/ögonställningar 0-2			
3	Synfält 0-3			
4	Facialis pares 0-3			
5a	Pares i arm Höger 0-4			
5b	Pares i arm Vänster 0-4			
6a	Pares i ben Höger 0-4			
6b	Pares i ben Vänster 0-4			
7	Ataxi 0-2			
8	Sensibilitet (smärta) 0-2			
9	Språk/ kommunikation 0-3			
10	Dysartri 0-2			
11	Utsläckning/neglekt 0-2			
	Totalsumma			

Vård

-----Transportsätt vid överflyttning-----

Ankomst/transportsätt sekundärtransport (anges när patienten förflyttats från i anslutning till insjuknandet. EJ återtransport)

1= Ambulans 2= Annat sätt 9= Okänt

Vilken typ av ambulanstransport (Om ambulans)

1= Vägambulans 2= Luftambulans 3= Väg och luftambulans 9= Okänt

-----Försämring under pågående vårdtillfälle-----

Registrera här om patient som redan vårdas för stroke eller TIA försämras och försämringen leder till trombolys eller trombektomibehandling. OBS! Ej patient som är inlagd på sjukhus vid insjuknandet för annan orsak

För patient som vaknar med symtom ange här datum och tid när patienten vaknade

Insjuknandedatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Insjuknandetid (tim.min)

Patienten vaknade med symtom

0= Nej 1= Ja 9= okänt

Senast utan symtom (anges om patienten vaknat med symtom)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) **Tid** (tim.min)

Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus (besvaras om insjuknandetid är okänd. För patient som försämrats under pågående vårdtillfälle för stroke/TIA anges tid från senast sedd utan symtom till upptäckt av strokesymtom.)

☐ inom 3 tim ☐ 3–4,5 tim ☐ 4,5–9 tim ☐ 9–24 tim ☐ Efter 24 tim ☐ Okänt

-----Radiologi -----

Akut vid första ankomst till sjukhus

Datortomografi hjärna

0= Nej 1= Ja 9= okänt

DT-angiografi genomförd i anslutning till första DT

0= Nej 1= Ja 9= okänt

DT-perfusion genomförd i anslutning till första DT

0= Nej 1= Ja 9= okänt

Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda

Under vårdtillfället

MR hjärna genomförd ☐

0= Nej 1= Ja 3= Beställt till efter utskrivning 9= okänt

Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna visade ☐

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

DT-angiografi genomförd men ej i anslutning till första DT

0= Nej 1= Ja 3= Beställt till efter utskrivning 9= okänt ☐

Akut vid försämring under pågående vårdtillfälle som leder till trombolys eller trombektomi

Datortomografi hjärna

0= Nej 1= Ja 9= okänt ☐

DT-angiografi genomförd

0= Nej 1= Ja 9= okänt ☐

DT-perfusion genomförd

0= Nej 1= Ja 9= okänt ☐

----- Undersökningar -----

Ultraljud halskärl genomförd ☐

0= Nej 1= Ja 3= Beställt till efter utskrivning 9= okänt

Långtids- EKG, minst 24 timmar (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd ☐

0= Nej 1= Ja 3= Beställt till efter utskrivning 9= okänt



Bedömning av sväljförmåga genomförd ☐

0= Nej/Okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal) 1= Ja (dokumenterad i journal)

3= ej undersökt p.g. a medvetandesänkt patient

----- **Läkemedel vid insjuknandet** -----

0= Nej 1= Ja 4= Ja, ingår i läkemedelsstudie 9= okänt

 **Blodtryckssänkande läkemedel**

(avser samtliga grupper och oberoende av indikation)

 **Statiner** (Atorvastatin/ Lipitor, Pravastatin, Rosuvastatin/Crestor, Simvastatin)

 **Trombocythämmare**

Om 1=Ja vilket/ vilka preparat?

☐ **ASA** (t ex Tromblyl, Acetylsalicylsyra)

☐ **Klopidogrel** (t ex Plavix, Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)

☐ **Dipyridamol** (Persantin)

☐ **Andra trombocythämmare än ovanstående** (t ex briliq, Efient, Prasugrel, Cilostazol, Possia)

 **Perorala antikoagulantia**

Om 1= Ja, vilket preparat

☐ **Warfarin** (Waran)

☐ **Abixaban** (Eliquis)

☐ **Dabigatraneexilat** (Pradaxa)

☐ **Rivaroxaban** (Xarelto)

☐ **Edoxaban** (Lixiana)

Om warfarin vid insjuknandet, ange PK (INR) värde , ☐ okänt

-----ADL och boende före insjuknandet i stroke -----

För samtliga svarsalternativ rörande ADL och boende gäller: 9= okänt

Boende

| |

1= Eget boende utan hemtjänst (*hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård*)

2= Eget boende med hemtjänst (*hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård*)

3= Särskilt boende, (ex. servicehus, korttidsboende, sjukhem eller motsvarande)

4= Annat

Ensamboende

| |

1= Patienten bodde helt ensam

2= Patienten delade hushåll med make/maka/sambo eller annan person t.ex. syskon, barn
eller föräldrar

Hjälpbehov (*innefattar hjälp med personligt ADL och/eller hushålls-ADL*)

| |

1= Patienten klarar sig helt själv utan hjälp

2= Patienten behöver hjälp av någon annan

Rörlighet

| |

1= Patienten kunde förflytta sig själv utan tillsyn både inomhus och utomhus, användning av hjälpmedel tillåtet

2= Patienten kunde förflytta sig ensam inomhus, men ej utomhus, användning av hjälpmedel tillåtet

3= Patienten fick hjälp av annan person vid förflyttning eller patienten var sängbunden

Toalettbesök

| |

1= Patienten klarade toalettbesök helt själv

2= Patienten fick hjälp till toalett eller med toalettbesök, kunde inte ta sig till toaletten själv, eller använde bäcken, blöja eller behövde hjälp med att torka sig eller ta på sig kläder

Kläder

| |

1= Patienten klarade påklädning helt själv, även ytterkläder, skor och strumpor, eller behövde endast hjälp med att knyta skor

2= Patienten fick hjälp med att hämta kläder eller fick hjälp med av- och påklädning eller förblev oklädd

-----**Riskfaktorer**-----

Svarsalternativ: 0= Nej 1= Ja 9= okänt

Stroke tidigare ☐

TIA/ Amaurosis fugax tidigare ☐

Förmaksflimmer ☐

Om 1=ja upptäckt vid

☐ **Nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtid**

☐ **Tidigare diagnostiserad (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 månaderna) ☐

-----**Riskbedömningar omvårdnad**-----

Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning

0= Nej 1= Ja ☐

Vid ja, riskbedömning genomförd

Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning

0= Nej 1= Ja ☐

Vid ja, risk föreligger

Har förebyggande åtgärder vidtagits

0= Nej 1= Ja ☐

Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning

0= Nej 1= Ja ☐

Vid ja, riskbedömning genomförd

Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning

0=Nej 1= Ja ☐

Vid ja, risk föreligger

Har förebyggande åtgärder vidtagits

0= Nej 1= Ja ☐

-----Rehabilitering under slutenvård-----

Svarsalternativ 0= Nej 1= Ja 9= Okänt eller patienten avböjer bedömning

Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion |__|

Om 0= Nej ange anledning

☐ Inget behov

☐ Patienten har behov men ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig

Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped avseende språk- och/eller talfunktion |__|

Om 0= Nej ange anledning

☐ Inget behov ☐ Patienten har behov men ingen logoped tillgänglig

☐ Beställt till efter utskrivning

Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av arbetsterapeut |__|

Om 1= Ja ange inom vilket tidsintervall

☐ <24 tim ☐ >24 tim men ≤48 tim ☐ > 48 tim

Patienten har under slutenvårdstiden erhållit arbetsterapi |__|

Om 0= nej ange anledning

☐ Haft behov men ej fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden (*t ex p g a patienten ej anträffbar, på undersökning, permission*).

☐ Har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering (*t ex p g a mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring*).

☐ Har inte haft behov (*t ex vid frånvaro av sensomotoriska nedsättningar samt patienter i palliativ vård*).

Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av sjukgymnast/fysioterapeut |__|

Om 1= Ja ange inom vilket tidsintervall

☐ <24 tim ☐ >24 tim men ≤48 tim ☐ > 48 tim

Patienten har under slutenvårdstiden erhållit sjukgymnastik/fysioterapi |__|

Om 0= nej ange anledning

☐ Haft behov men ej fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden (*t ex p g a patienten ej anträffbar, på undersökning, permission*).

☐ Har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering (*t ex p g a mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring*).

☐ Har inte haft behov (*t ex vid frånvaro av sensomotoriska nedsättningar samt patienter i palliativ vård*).

Slut

Fylls i av utskrivande sjukhus som också blir ansvarigt för 3 månaders uppföljningen

----- Utskrivning akutvård -----

Utskrivs till inläggande slutenvård ☐

0= Nej 1= Ja (om ja fyll i typ av eftervård samt inskrivning och utskrivning eftervård)

Utskriven till typ av eftervård ☐

4= Annan akutklinik 5= Geriatrik/ rehab

----- Utskrivning eftervård -----

Inskrivningsdatum eftervård (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Utskrivningsdatum eftervård (ÅÅÅÅ-MM-DD)

----- Läkemedel vid utskrivning -----

0= Nej 1= Ja 3= Planerad insättning inom 2 v efter utskrivning 4= Ja, ingår i läkemedelsstudie
9= okänt

 **Blodtryckssänkande läkemedel** ☐

(avser samtliga grupper och oberoende av indikation)

 **Statiner** (Atorvastatin/ Lipitor, Pravastatin, Rosuvastatin/Crestor, Simvastatin) ☐

 **Trombocythämmare** ☐

Om 1=Ja vilket/ vilka preparat?

☐ ASA (t ex Trombyl, Acetylsalicylsyra)

☐ Klopidogrel (t ex Plavix, Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)

☐ Dipyridamol (Persantin)

☐ Andra trombocythämmare än ovanstående (t ex brilique, Efient, Prasugrel, Cilostazol, Possia)

 **Perorala antikoagulantia** ☐

Om 1= Ja, vilket preparat

☐ Warfarin (Waran) ☐ Abixaban (Eliquis) ☐ Dabigatranexilat (Pradaxa)

☐ Rivaroxaban (Xarelto) ☐ Edoxaban (Lixiana)

Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

-----Rehabiliteringsplan-----

Patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan ☐

0= Nej 1= Ja 3= Ej behov, fullt återställd 9= Okänt

-----Utskrivning från slutenvård-----

Utskriven till från slutenvård ☐

1= Eget boende 2= Särskilt boende (ex grupp-, korttids, service eller vårdhemsboende)

4= Annan akutklinik 7= Annat (tex patient som bor i annat land) 9= okänt 11= fortfarande inlagd

-----Rehabilitering efter utskrivning från slutenvård-----

Endast ett svarsalternativ möjligt



Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljö

0= Nej 1= Ja 9= Okänt ☐

Planerad rehabilitering annan än ovanstående (om Nej eller okänt på ovanstående)

☐ Tidigt understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering utförs utan multidisciplinärt stroke team av enskilda vårdgivare från kommunen/ primärvården

☐ Annan rehabilitering

☐ Ingen rehabiliteringspotential enligt teambedömning

☐ Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering

☐ Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt

☐ Okänt

-----Information-----

Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet ☐

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

3= ej relevant p g a patientens tillstånd

Information given om bilkörning ☐

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

3= ej relevant p g a patientens tillstånd

-----Uppföljning-----

Återbesök på grund av det aktuella strokeinsjuknandet är planerat hos sjuksköterska eller läkare (Flera svarsalternativ möjliga)

☐ = ja, på särskild stroke mottagning (på eller utanför sjukhuset)

☐ = ja, på annan sjukhusmottagning/avdelning

☐ = ja, på vårdcentral/motsvarande

☐ = ja, på särskilt boende

☐ = ja, på dagrehabilitering

☐ = nej

☐ = okänt