

Riksstroke – Registrering av stroke

Används vid registrering av alla som insjuknar i stroke 2026-01-01

Patientens namn

Om patient vaknade med symtom, registrera datum och tid när patienten vaknade.

Strokedignosis 11.11.11

1

Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda!

Ankomst till Första sjukhus

Registreras av det sjukhus som patienten först sökte till vid detta strokeinsjuknande.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Tidpunkt (TIM.MIN)

Utskrivning från akutskedet

Avlidandedatum=Utskrivningsdatum om patienten avled under vårdtiden.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Patienten vårdades ineliggande för detta strokeinsjuknande

☐ Nej ☐ Ja

 **Inlagd först på**

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

2= Strokeenhet

3= Intagnings/observationsavdelning

4= Intensivvårdsavdelning

6= Neurokirurgisk avdelning

9= Okänt

Datum och tidpunkt för eventuell förflyttning

Registreras om patienten vårdades vid flera sjukhus under akutskedet.

OBS! Avser INTE ankomst till Första sjukhus eller utskrivning från akutskede eller Sista sjukhus.

	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Tidpunkt (TIM.MIN)
Förflyttning från <u>ert</u> sjukhus		
Förflyttning till <u>ert</u> sjukhus		
Förflyttning från <u>ert</u> sjukhus		
Förflyttning till <u>ert</u> sjukhus		

 **Vårdavdelning under akutskedet**

Avser hela vårdtiden vid ert sjukhus, inklusive första avdelning. Flera svarsalternativ möjliga.

☐ Vårdavdelning som är annan typ av vårdavdelning än svarsalternativ nedan

☐ Strokeenhet

☐ Neurokirurgisk avdelning

☐ Intensivvårdsavdelning

☐ Intagnings/obs avdelning

☐ Okänt

Ankomst till strokeenhet (Avser ankomst till strokeenhet vid ert sjukhus)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) ☐ Okänt

Tidpunkt (TIM.MIN) ☐ Okänd

Om vårdad utanför strokeenhet, ange totala antalet vård dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning

(Inläggningdag = dag 1, avser vårdtiden vid ert sjukhus)

☐ Okänt

Reperfusion/Operation

Trombolys

 **Trombolys genomförd eller påbörjad för akut stroke** 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Registrera endast 1=Ja, om trombolys genomförd/påbörjad vid ert sjukhus.

Registrera 1=Ja, även om påbörjad behandling avbröts i förtid.

Om 1=Ja, registrera när trombolys påbörjad Vid ankomst till första sjukhus

Vid försämring under vårdtillfälle för stroke/TIA

Om 1=Ja, registrera givet läkemedel 1= Metalyse 2= Actilyse

 **Datum och tidpunkt för behandlingsstart för trombolys**

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Tidpunkt (TIM.MIN)

Om 0= Nej, registrera orsak till varför trombolys inte gavs

Flera svarsalternativ möjliga.

= tidigare spontan (dvs icke-traumatisk) hjärnblödning = blödningsinslag i färsk hjärninfarkt

= för milda symtom = för svåra symtom

= ej möjligt att ge trombolys 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 med trombolysfarenhet, bedömning av radiologi) = okänt

Reversering av dabigatran (Pradaxa) genomförd med idarucizumab (Praxbind) för att möjliggöra trombolys (FoU) 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Trombektomi

Registreras endast av trombektomicenter

Ambulanstransport triagerad direkt till trombektomicenter 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Överflyttad till trombektomicenter från annat sjukhus 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Om 1= Ja, registrera orsak till förflyttning För eventuell trombektomi

För annan orsak än trombektomi

Om 1= Ja, trombolys genomförd/påbörjad vid Första sjukhus 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Om 1= Ja, registrera namn på Första sjukhus

 **Trombektomi genomförd eller påbörjad för akut stroke** 0= Nej 1= Ja

Om 1= Ja, registrera när trombektomi påbörjades Vid ankomst till första sjukhus

Vid försämring under vårdtillfälle för stroke/TIA

Datum och tidpunkt för kärlpunktion vid trombektomi

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Tidpunkt (TIM.MIN)

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

Hjärnblödning med klinisk försämring uppstod inom 36 timmar efter trombolys eller trombektomi

Svarsalternativ 1= Ja registreras endast om patienten försämrades kliniskt motsvarande 4 p eller mer på NIHSS, oavsett hur stor blödning DT/MR visar.

0= Nej 1= Ja 9= Okänt ☐

----- **Hemikraniektomi** -----

Hemikraniektomi genomförd för expansiv ischemisk stroke (hjärninfarkt)

0= Nej 1= Ja 9= Okänt ☐

Datum för hemikraniektomi (ÅÅÅÅ-MM-DD)

----- **Hjärnblödning (spontan)** -----

Registreras endast vid diagnos I61

Lokalisation av hjärnblödning (I61) ☐

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1= Storhjärna, central/djup | 2= Storhjärna, lobär/ytlig |
| 3= Storhjärna, ospecificerat om djup eller ytlig | 4= Hjärnstam |
| 5= Lillhjärna | 6= Flera olika lokalisationer |
| 7= Annan | 9= Okänd |

Blödning med ventrikelgenombrott

0= Nej 1= Ja 9= Okänt ☐

Om behandling med perorala antikoagulantia (warfarin eller DOAK) 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, registrera givna läkemedel

Protrombinkomplexkoncentrat, PCC (Ocplex, Confindex) ☐

Vitamin-K (Konakion, antidot till Waran) ☐

Idarucizumab (Praxbind, antidot till Dabigatran (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 -----

Registrera NIHSS poäng för varje variabel. Totalsumman beräknas automatiskt i webben. Totalsumma beräknas till "99" om en eller fler variabler är okända. Beräknad totalsumma inom parentes (i webben) motsvarar summa utan okända variabler, totalsumma inom parentes ingår inte i statistikberäkning eller målnivå.

Om patienten vårdas vid/flyttas till trombektomicenter, registrera poäng före trombektomi som poäng vid ankomst.

NIHSS (9= Okänt)		 NIHSS vid ankomst / inläggning vid Första sjukhus / Trombektomi- center	24 tim efter trombolys / trombektomi	Vid försämring före trombolys / trombektomi	Vid försämring 24 tim efter trombolys / trombektomi
1a	Vakenhetsgrad 0–3 p				
1b	Orientering 0–2 p				
1c	Förståelse 0–2 p				
2	Ögonmotorik/ögonställning 0–2 p				
3	Synfält 0–3 p				
4	Facialis pares 0–3 p				
5	Pares i arm				
5a	Höger 0–4 p				
5b	Vänster 0–4 p				
6	Pares i ben				
6a	Höger 0–4 p				
6b	Vänster 0–4 p				
7	Ataxi 0–2 p				
8	Sensibilitet (smärta) 0–2 p				
9	Språk/kommunikation 0–3 p				
10	Dysartri 0–2 p				
11	Utsläckning/neglekt 0–2 p				
	Totalsumma (99=Okänt)				

Vård

----- Transportsätt vid förflyttning -----

Registrera endast om patienten förflyttades mellan sjukhus i anslutning till insjuknandet.

Avser INTE återtransport till hemsjukhus.

Ankomst/transportsätt vid förflyttning till ert sjukhus

1= Ambulans 2= Annat sätt 9= Okänt

Om 1= Ja, registrera typ av ambulanstransport

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

---- Försämring under pågående vårdtillfälle som ledde till trombolys eller trombektomi ----

Avser enbart insjuknande under pågående vårdtillfälle för stroke/TIA.

Datum och tidpunkt för försämring

Om patienten vaknade med symtom, registrera datum och tid för uppvaknade. Om okänd insjuknandetid, registrera så exakt som möjligt, avrunda till närmsta hel- eller halvtimme. Komplettera med Tidsintervall.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Tidpunkt (TIM.MIN)

Patienten vaknade med symtom 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Senast utan symtom Registreras om patienten vaknat med symtom.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Tidpunkt (TIM.MIN)

Tidsintervall från insjuknande eller senast utan symtom till upptäckt av strokesymtom Registreras om insjuknandetid är helt eller delvis okänd.

Inom 3 tim 3–4,5 tim 4,5–9 tim 9–24 tim Efter 24 tim Okänt

----- Radiologi -----

Registreras av utförande sjukhus

Vid ankomst till Första sjukhus

Datortomografi (DT) hjärna genomförd 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

DT-angiografi genomförd i anslutning till första DT 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Storkärlsockklusion påvisad på DT-angiografi 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

DT-perfusion genomförd i anslutning till första DT 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Under vårdtillfället

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

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

MR hjärna genomförd 0= Nej 1= Ja 3= Beställt till efter utskrivning 9= Okänt

Om 1= Ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna visade:

= Färsk hjärninfarkt/akut ischemi = Ingen färsk hjärninfarkt

= Osäkert/okänt undersökningsfynd

Vid försämring under pågående vårdtillfälle för stroke/TIA som ledde till trombolys eller trombektomi

Datortomografi hjärna genomförd 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

DT-angiografi genomförd 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Storkärlsockklusion påvisad på DT-angiografi 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

DT-perfusion genomförd 0= Nej 1= Ja 9= Okänt

Undersökningar

Registreras av utförande sjukhus

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

För svarsalternativ rörande klass av läkemedel gäller: 0=Nej 1=Ja 4=Ingår i läkemedelsstudie 9=Okänt



Blodtryckssänkande läkemedel Avser samtliga grupper och oberoende av indikation

☐



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

☐



Trombocythämmare Markera typ med kryss nedan

☐

☐ 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 Markera typ med kryss nedan

☐

☐ Warfarin (Waran)

☐ Apixaban (Eliquis)

☐ Dabigatran (Pradaxa)

☐ Rivaroxaban (Xarelto)

☐ Edoxaban (Lixiana)

Om warfarin vid insjuknandet, registrera PK (INR) värde

,

☐ Okänt

----- **ADL och boende före strokeinsjuknandet** -----

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

----- **Risikfaktorer** -----

För samtliga svarsalternativ rörande Riskfaktorer gäller: 0=Nej 1= Ja 9=Okänt.

Stroke tidigare

☐

TIA/ Amaurosis fugax tidigare

☐

Förmaksflimmer Gäller även intermittent flimmer eller fladder

☐

Om 1=Ja, Förmaksflimmer

☐ Nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtid

☐ Tidigare diagnostiserad

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

☐

----- Riskbedömning omvårdnad -----

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

0= Nej 1= Ja ☐

Om 1=Ja, Riskbedömning genomförd

Risk för undernäring förelåg enligt riskbedömning

0= Nej 1= Ja ☐

Om 1=Ja, Risk föreligger

Förebyggande åtgärder vidtagna

0= Nej 1= Ja ☐

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

0= Nej 1= Ja ☐

Om 1=Ja, Riskbedömning genomförd

Risk för ohälsa i munnen förelåg enligt riskbedömning

0= Nej 1= Ja ☐

Om 1=Ja, Risk föreligger

Förebyggande åtgärder vidtagna

0= Nej 1= Ja ☐

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

För svarsalternativ rörande Rehabilitering gäller: 0=Nej 1= Ja 9=Okänt eller patienten avböjde bedömning.

Bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion under slutenvårdstiden ☐

Om 0=Nej, registrera anledning

☐ Inget behov ☐ Behov fanns, men ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig

Bedömd av logoped avseende språk- och/eller talfunktion under slutenvårdstiden ☐

Om 0=Nej, registrera anledning

☐ Inget behov ☐ Behov fanns, men ingen logoped tillgänglig ☐ Beställt till efter utskrivning

Bedömd av arbetsterapeut efter ankomst till vårdavdelning ☐

Om 1=Ja, registrera inom vilket tidsintervall

☐ Inom 24 tim ☐ Efter 24 tim men inom 48 tim ☐ Efter 48 tim

Erhöll arbetsterapi under slutenvårdstiden ☐

Om 0=Nej, registrera anledning

☐ Behov fanns, men ej fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden
(Ex. patienten ej anträffbar, på undersökning, permission.)

☐ Behov fanns, men patienten kunde inte tillgodogöra sig rehabilitering
(Ex. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring.)

☐ Inget behov (Ex. vid frånvaro av sensomotoriska nedsättningar samt patienter i livets slutskede.)

Bedömd av sjukgymnast/fysioterapeut efter ankomst till vårdavdelning ☐

Om 1=Ja, registrera inom vilket tidsintervall

☐ Inom 24 tim ☐ Efter 24 tim men inom 48 tim ☐ Efter 48 tim

Erhöll sjukgymnastik/fysioterapi under slutenvårdstiden ☐

Om 0=Nej, registrera anledning

☐ Behov fanns, men ej fått någon fysioterapi alls under vårdtiden
(Ex. patienten ej anträffbar, på undersökning, permission.)

☐ Behov fanns, men patienten kunde inte tillgodogöra sig rehabilitering
(Ex. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring.)

☐ Inget behov (Ex. vid frånvaro av sensomotoriska nedsättningar samt patienter i livets slutskede.)

Slut

Registreras av utskrivande sjukhus som också blir ansvarig för 3-månadersuppföljning

----- Utskrivning akutvård -----

Utskriven till eftervård (fortsatt ineliggande slutenvård) 0= Nej 1= Ja ☐

Om 1=Ja, registrera typ av eftervård

Typ av eftervård 4= Annan akutklinik 5= Geriatrik/ rehab ☐

Inskrivningsdatum Eftervård (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Utskrivningsdatum Eftervård (ÅÅÅÅ-MM-DD)

----- Läkemedel vid utskrivning -----

För svarsalternativ rörande klass av läkemedel gäller: 0=Nej 1=Ja 3=Planerad insättning inom 2 v efter utskrivning
4=Ingår i läkemedelsstudie 9=Okänt

 **Blodtryckssänkande läkemedel** Avser samtliga grupper och oberoende av indikation ☐

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

 **Trombocythämmare** (Registrera typ nedan) ☐

☐ **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** (Registrera typ nedan) ☐

☐ **Warfarin** (Waran)

☐ **Apixaban** (Eliquis)

☐ **Dabigatran** (Pradaxa)

☐ **Rivaroxaban** (Xarelto)

☐ **Edoxaban** (Lixiana)

Datum för ny- eller återinsättning av perorala
antikoagulantia under vårdtiden (ÅÅÅÅ-MM-DD)

----- Rehabiliteringsplan -----

Patienten erhöll 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 (ex patient som bor i annat land) 9= okänt 11= fortfarande ineliggande

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

 **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

|__|

Om 0=Nej, eller 9=Okänt, registrera vilken annan rehabilitering som är planerad
Endast ett svarsalternativ möjligt.

|__| = Tidigt understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team koordinerar utskrivningen, men där fortsatt rehabilitering utförs av enskilda vårdgivare från kommun eller primärvård

|__| = Annan rehabilitering

|__| = Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning

|__| = Inget rehabiliteringsbehov föreligger i nuläget enligt teambedömning

|__| = Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering

|__| = Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt

|__| = Okänt

----- **Information** -----

Information om rökstopp given till rökare

|__|

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

2= Ej relevant p g a patientens tillstånd

Information om bilkörning given

|__|

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

2= Ej relevant p g a patientens tillstånd / saknar körkort

----- **Uppföljning** -----

Återbesök på grund av detta strokeinsjuknande 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