Version **7.0** Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2004-04-01** och därefter.

RIKS-STROKE - AKUTSKEDET

Personnummer I___I___I___I___I___I___II___I___I___I___I

Kön **1**= man **2**= kvinna I___I

Namn

Adress

Telefon

Valfri uppgift *(ex. namn och telefon till närstående eller annat)* ……

……

Rapporterande sjukhus I___I___I___I

Avdelning I___I___I___I

Registreringsdag I___I___II___I___II___I___I

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

---------- FÖRE insjuknandet i stroke ----------

Boende I___I
1= eget boende utan kommunal hemtjänst
2= eget boende med kommunal hemtjänst
3= kommunalt särskilt boende, (ex. servicehus, korttidsboende, ålderdom/sjukhem eller motsvarande)

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

Ensamboende I___I
1= patienten bor helt ensam
2= patienten delar hushåll med make/maka/sambo <u>eller</u> annan person t.ex. syskon, barn, föräldrar

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

Toalettbesök I___I
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 I___I
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 1=ja **2**=nej **9**=okänt

Stroke tidigare *(Ej TIA)* I___I

Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt I___I

(gäller även intermittent flimmer eller fladder)

Diabetes, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt I___I

Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet I___I

Röker patienten (>en cigarett/dag, el slutat under de senaste 3 mån) I___I

---------- AKUTVÅRD ----------

Medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset I___I
1= fullt vaken (RLS 1)
2= slö men kontaktbar (RLS 2-3)
3= medvetslös (RLS 4-8)
9= okänt

Datortomografi under vårdtiden 1=ja **2**=nej **9**=okänt I___I

Har patienten fått information om rökstopp 1=ja **2**=nej **9**=okänt I___I

---------- LÄKEMEDELSBEHANDLING ----------

*se även fullständig **läkemedelslista** i Riks-Strokes VÄGLEDNING 7.0*

svarsalternativ 1=ja **2**=nej **9**=okänt

	Vid intagningen	Vid utskrivningen
Diuretika (ex Esidrex, Midamor, Moduretic, Normorix, Salures)	I___I	I___I
ACE-/A2-hämmare (ex Aprovel, Atacand, Cozaar, Enalapril, Pramace, Renitec, Triatec)	I___I	I___I
Betablockerare (ex Atenolol, Emconcor, Kredex, Seloken, Tenormin)	I___I	I___I
Calciumhämmare (ex Cardizem, Felodipin, Norvasc, Plendil)	I___I	I___I
Statin – lipdsänkande (ex Lipitor, Pravachol, Simvastatin, Zocord)	I___I	I___I
ASA (ex Trombyl)	I___I	I___I
Klopidogrel (Plavix)	I___I	I___I
ASA + dipyridamol (Asasantin)	I___I	I___I
Dipyridamol (Persantin)	I___I	I___I
Warfarin (Waran)	I___I	I___I

	Under vårdtiden
Heparin/Fragmin/Innohep/Klexane mot *progressive stroke*	I___I
Heparin/Fragmin/Innohep/Klexane som *trombosprofylax*	I___I

---------- TROMBOLYS ----------

svarsalternativ 1=ja **2**=nej **9**=okänt

Trombolys – *givet för stroke,* ex. Actilyse I___I

Larmat för trombolys *"rädda hjärnan/stroke larm"* I___I

Hjärnblödning med kliniska symtom <36 timmar efter behandlingsstart I___I
(skall vara verifierad med datortomografi eller obduktion)

Blev patienten uppenbart bättre (ex. talet återkom, paresen försvann) I___I
inom 2 timmar efter behandlingsstart

Ange tidpunkt för behandlingsstart med trombolys (tim.min) I___I___I.I___I___I

---------- **VÅRDKEDJA** ----------

A AKUTVÅRD

A Insjuknandedag I___I___II___I___II___I___I I___I___I.I___I___I (tim.min)
tidpunkt symtomdebut

A Ankomstdag I___I___II___I___II___I___I I___I___I.I___I___I (tim.min)
tidpunkt för ankomst till sjukhus

Inläggs först på **1**=vanlig vårdavd. **2**=strokeenhet **3**=intagnings/obs-avd. I___I

4=intensivvårdsavd. **5**=annat (fyll i vidstående fält). *Annat*..... …..

Klinik först **1**=Medicin I___I **2**=Neurologi I___I **3**=Geriatrik el Rehab I___I **4**=Annan I___I

Fortsatt vård under akutskedet på **1**=vanlig vårdavd. **2**=strokeenhet **3**=intagnings/obs-avd. I___I

4=intensivvårdsavd. **5**=annat (fyll i vidstående fält). *Annat*..... …..

Klinik fortsatt **1**=Medicin I___I **2**=Neurologi I___I **3**=Geriatrik el Rehab I___I **4**=Annan I___I

A Utskrivningsdag I___I___II___I___II___I___I

---------- **UTSKRIVS TILL efter A AKUTVÅRD** ----------

1=eget boende **2**=kommunalt särskilt boende (ex servicehus, korttidsboende, ålderdom/sjukhem) I___I

4=annan akutklinik **5=geriatrik/rehab =fyll i B Eftervård** **6**=avliden under vårdtiden **7**=annat **9**=okänt

A Adress, tel vid Utskrivs till i klartext för alt. 1, 2, 4, 5, 7 *(frivillig uppgift)*……

……

B EFTERVÅRD gäller rehabilitering av stroke <u>inom landstinget/slutenvården</u>

B Inskrivningsdag I___I___II___I___II___I___I **B Utskrivningsdag** I___I___II___I___II___II___

---------- **UTSKRIVS TILL efter B EFTERVÅRD** ----------

1=eget boende **2**=kommunalt särskilt boende (ex. servicehus, korttidsboende, ålderdom/sjukhem) I___I

4=annan akutklinik **6**=avliden under vårdtiden **7**=annat **9**=okänt

B Adress, tel vid Utskrivs till i klartext för alt. 1, 2, 4, 7 *(frivillig uppgift)*……

……

---------- **KOMPLIKATIONER UNDER VÅRDTIDEN PÅ SJUKHUS** ----------

svarsalternativ 1=ja **2**=nej **9**=okänt

Djup ventrombos/Lungemboli I___I

Fraktur I___I

Lunginflammation I___I

---------- **CVS DIAGNOS** ----------

I 61 = hjärnblödning I I___I___I.I___I

I 63 = cerebral infarkt.

I 64 = akut cerebrovaskulärt insjuknande UNS

G 45 =TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim (frivillig uppgift). G I___I___I.I___I

---------- **VÅRDPLANERING** ----------

svarsalternativ 1= ja **2**= nej **9**=okänt

Är vårdplanering genomförd från landstinget/slutenvården I___I

Har patienten/närstående deltagit i vårdplaneringen I___I

---------- **AVLIDEN** ----------

Ifylls endast om patienten har avlidit under vårdtiden

Datum (datum när patienten avled) I___I___II___I___II___I___I

Obducerad 1=ja **2**=nej **9**=okänt I___I