Riksstroke – Registrering av Omvårdnadsvariabler

Version 2026.1

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

Patientens personnummer I___I___I___I___I I___I___I I___I___I - I___I___I___I___I

Patientens namn ……

Fall

Riskbedömning för fall genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelningen	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Om **1**=Ja, Riskbedömning genomförd **Risk för fall förelåg enligt riskbedömning**	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Om **1**= Ja, Risk föreligger **Förebyggande åtgärder vidtagna**	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Patienten har fallit under vårdtillfället	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Om **1**=Ja patienten har fallit **Fallet ledde till vårdskada**	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I

Munhälsa

Förs över från formulär Vård behöver ej fyllas i här

Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Om **1**=Ja, Riskbedömning genomförd **Risk för ohälsa i munnen förelåg enligt riskbedömning**	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I
Om **1**=Ja, Risk föreligger **Förebyggande åtgärder vidtagna**	**0**= Nej	**1**= Ja	I___I

Nutrition/undernäring

Förs över från formulär Vård, endast vilka åtgärder samt datum behöver fyllas i här

Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, Riskbedömning genomförd
Risk för undernäring förelåg enligt riskbedömning **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, Risk föreligger
Förebyggande åtgärder vidtagna **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

I___I Dietistbedömning *(ÅÅÅÅ-MM-DD)* **I___I___I___I___I I___I___I I___I___I**

I___I Logopedbedömning *(ÅÅÅÅ-MM-DD)* **I___I___I___I___I I___I___I I___I___I**

I___I Nasogastrisk sond *(ÅÅÅÅ-MM-DD)* **I___I___I___I___I I___I___I I___I___I**

I___I PEG/RIG *(ÅÅÅÅ-MM-DD)* **I___I___I___I___I I___I___I I___I___I**

I___I TPN *(ÅÅÅÅ-MM-DD)* **I___I___I___I___I I___I___I I___I___I**

Om Nasogastrisk sond och/eller PEG/RIG

Patient med sond sväljtränat **I___I**

0= Nej / Okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal) **1**= Ja (dokumenterat i journal)
2= Ej relevant p g a patientens tillstånd

Residualurin

Patienten hade KAD vid inskrivning på första sjukhus.
(Kronisk KAD) **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Kontroll av residualurin genomförd **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, Patienten hade residualurin
0= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, vidtagna åtgärder (flera svarsalternativ möjliga)

I___I Ny kontroll

I___I RIK

I___I KAD

I___I Annat

I___I Ej dokumenterat

Vid **1**=Ja på KAD vid inskrivning eller åtgärd

Patienten hade KAD vid utskrivning **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Smärta

Patienten hade smärta

0= Nej **1**= Ja (dokumenterat i journal) **2**= Ej dokumenterat **I___I**

Om **1**=Ja, patienten hade smärta

Smärtan har skattats med ett bedömningsinstrument (t ex VAS, Abbey Pain scale) **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, patienten hade smärta

Åtgärder vidtagna för att lindra smärtan **0**= Nej **1**= Ja

Om **1**=Ja, åtgärder vidtagna

Uppföljning med bedömningsinstrument utförts för att utvärdera vidtagna åtgärder (t ex. VAS, Abbey Pain scale) **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Trycksår

Riskbedömning för trycksår genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, Riskbedömning genomförd
Risk för trycksår förelåg enligt riskbedömning **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Om **1**=Ja, Risk föreligger eller trycksår finns redan
Förebyggande åtgärder vidtagna **0**= Nej **1**= Ja **I___I**

Patienten utvecklat trycksår under vårdtiden

0= Nej **1**= Ja **2**= Ej dokumenterat **3**= Hade trycksår vid ankomst till sjukhus