

Personnummer:	Namn:	Enhet:	Datum:
----------------------	--------------	---------------	---------------

<p>Trycksår vid riskbedömning</p> <p>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bakhuvud</td> <td><input type="checkbox"/> Armbåge vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl höger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra höger</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam höger</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl vänster</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Häl höger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra höger</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum</td> <td><input type="checkbox"/> Häl vänster</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger</td> <td><input type="checkbox"/> Annat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Armbåge höger</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster</td> <td></td> </tr> </table> <p>Såret uppstod: På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Bakhuvud	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger	<input type="checkbox"/> Öra höger	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster	<input type="checkbox"/> Öra vänster	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster	<input type="checkbox"/> Häl höger	<input type="checkbox"/> Skuldra höger	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum	<input type="checkbox"/> Häl vänster	<input type="checkbox"/> Skuldra vänster	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Armbåge höger	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster		<p>Kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud. 2 Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa. 3 Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian. 4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.
<input type="checkbox"/> Bakhuvud	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger																	
<input type="checkbox"/> Öra höger	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster																	
<input type="checkbox"/> Öra vänster	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster	<input type="checkbox"/> Häl höger																	
<input type="checkbox"/> Skuldra höger	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum	<input type="checkbox"/> Häl vänster																	
<input type="checkbox"/> Skuldra vänster	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger	<input type="checkbox"/> Annat																	
<input type="checkbox"/> Armbåge höger	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster																		

Modifierad Nortonskala
Mini Nutritional Assessment® (MNA)
Downton Fall Risk Index (DFRI)

<p>Psykisk status</p> <p>Helt orienterad 4</p> <p>Stundtals förvirrad 3</p> <p>Svarar ej adekvat på tilltal 2</p> <p>Okontaktbar 1</p> <p>Fysisk aktivitet</p> <p>Går själv med eller utan hjälpmedel 4</p> <p>Går med hjälp av personal 3</p> <p>Rullstolsburen hela dagen 2</p> <p>Sängliggande 1</p> <p>Rörelseförmåga</p> <p>Full rörlighet 4</p> <p>Något begränsad 3</p> <p>Mycket begränsad 2</p> <p>Orörlig 1</p> <p>Födointag</p> <p>Normal portion 4</p> <p>¾ portion 3</p> <p>½ portion 2</p> <p>Mindre än ½ portion 1</p> <p>Vätskeintag</p> <p>Mer än 1000 ml/dygn 4</p> <p>Mellan 700-1000 ml/dygn 3</p> <p>Mellan 500-700 ml/dygn 2</p> <p>Mindre än 500 ml/dygn 1</p> <p>Inkontinens</p> <p>Nej 4</p> <p>Tillfälligt men ej vanligt 3</p> <p>Urin eller tarminkontinens (KAD) 2</p> <p>Urin och tarminkontinens 1</p> <p>Allmäntillstånd</p> <p>Gott 4</p> <p>Ganska gott 3</p> <p>Dåligt 2</p> <p>Mycket dåligt 1</p>	<p>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?</p> <p>Ja, minskat avsevärt 0</p> <p>Ja, minskat något 1</p> <p>Nej 2</p> <p>Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna?</p> <p>Ja, mer än 3 kg 0</p> <p>Vet ej 1</p> <p>Ja mellan 1-3 kg 2</p> <p>Nej 3</p> <p>Rörlighet</p> <p>Sängliggande eller rullstolsburen 0</p> <p>Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut 1</p> <p>Går ut med eller utan hjälpmedel 2</p> <p>Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</p> <p>Ja 0</p> <p>Nej 2</p> <p>Neuropsykologiska problem?</p> <p>Svår demens eller depression 0</p> <p>Lindrig demens eller depression 1</p> <p>Inga neuropsykologiska problem 2</p> <p>BMI</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table> <p>BMI under 19 0</p> <p>BMI 19 till mindre än 21 1</p> <p>BMI 21 till mindre än 23 2</p> <p>BMI 23 eller mer 3</p>	Längd:	Vikt:	BMI:				<p>Tidigare kända fallolyckor</p> <p>Ja 1</p> <p>Nej 0</p> <p>Medicinering</p> <p>Ingen medicinering (även hälsoprodukter) 0</p> <p>Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1</p> <p>Diuretika 1</p> <p>Antihypertensiva (annat än diuretika) 1</p> <p>Antiparkinson läkemedel 1</p> <p>Antidepressiva läkemedel 1</p> <p>Andra läkemedel 0</p> <p>Sensoriska funktionsnedsättningar</p> <p>Ingen 0</p> <p>Synnedsättning 1</p> <p>Hörselnedsättning 1</p> <p>Nedsatt motorik 1</p> <p>Kognitiv funktionsnedsättning</p> <p>Orienterad 0</p> <p>Ej orienterad 1</p> <p>Gångförmåga</p> <p>Säker med eller utan hjälpmedel 0</p> <p>Osäker gång 1</p> <p>Ingen gångförmåga 0</p>
Längd:	Vikt:	BMI:						
Summa:	Summa:	Summa:						
20 poäng eller lägre = Ökad risk för tryckskada	8-11 poäng = risk för undernäring 0-7 poäng = undernärd	3 poäng eller mer = risk för fall						
Bedömning gjord av: _____								

Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____

Personnummer:	Namn:	Enhet:	Datum när åtgärderna planerades:
----------------------	--------------	---------------	---

Trycksår	Undernäring	Fall
<p>Omgivningsanpassning</p> <input type="checkbox"/> Kroppspositionering i säng/stol <input type="checkbox"/> Bruk av tryckavlastande hjälpmedel <input type="checkbox"/> Minskning av skjuveffekt <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Omgivningsanpassning	<p>Nutritionsbehandling</p> <input type="checkbox"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Berikning av kosten <input type="checkbox"/> Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassning <input type="checkbox"/> Näringsdryck <input type="checkbox"/> Anpassa maten efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/> Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral nutrition <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition	<p>Muskelfunktions- och styrketräning</p> <input type="checkbox"/> Styrketräning <input type="checkbox"/> Balansräning <input type="checkbox"/> Gångträning <input type="checkbox"/> Träning av fysisk prestationsförmåga <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Muskelfunktions- och styrketräning
<p>Lägesändring</p> <input type="checkbox"/> Regelbundna lägesändring <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning – ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Lägesändring	<p>Åtstödande åtgärder</p> <input type="checkbox"/> Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation <input type="checkbox"/> Uppmuntran och påstötning <input type="checkbox"/> Matning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Träning i att äta och dricka <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Åtstödande åtgärd	<p>Förflyttning och personlig vård</p> <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning <input type="checkbox"/> Assistans vid förflyttning <input type="checkbox"/> Stöd vid personlig vård <input type="checkbox"/> Assistans vid personlig vård <input type="checkbox"/> Träning av på- och avklädning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Förflyttning och personlig vård
<p><input type="checkbox"/> Bedömning av huden en gång per dag eller oftare</p> <p><input type="checkbox"/> Hudvård</p> <p>Nutritionsbehandling</p> <input type="checkbox"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Berikning av kosten <input type="checkbox"/> Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassning <input type="checkbox"/> Näringsdryck <input type="checkbox"/> Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/> Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral nutrition <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Nutritionsbehandling	<p>Övervakning av närings- och vätskeintag</p> <input type="checkbox"/> Registrering av näringsintag och vätskeintag < 3 dygn <input type="checkbox"/> Registrering av näringsintag och vätskeintag > 3 dygn <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Övervakning av närings- och vätskeintag	<p>Omgivningsanpassning</p> <input type="checkbox"/> Anpassning av möbler och inventarier <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Träning i att använda hjälpmedel <input type="checkbox"/> Anpassning av belysning och ljud <input type="checkbox"/> Larm <input type="checkbox"/> Extra tillsyn <input type="checkbox"/> Höftskyddsbyxor <input type="checkbox"/> Stadiga skor och/eller Antihalksockor <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Omgivningsanpassning
<p>Smärtlindring</p> <input type="checkbox"/> Bedömning av smärta <input type="checkbox"/> Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/> Ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – smärtlindring	<p>Viktkontroll</p> <input type="checkbox"/> Vägning en gång per vecka <input type="checkbox"/> Vägning minst en gång var tredje månad	<p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <p>Information/undervisning om hälsa/ohälsa – Fall</p> <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Fall
<p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om hälsoproblem – Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede – Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Trycksår</p>	<p>Munvård</p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd munvård	<p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Fall</p> <p>Vid händelse av fall:</p> <p>Datum När inträffade fallet? (kl.) Konsekvens av fall</p> <p>Datum När inträffade fallet? (kl.) Konsekvens av fall</p>

Planerat uppföljningsdatum:	Genomförd:	Signatur:	Vikt vid uppföljning:
Om personen gått ner mer än 1 kg sedan riskbedömningen, är viktminskningen ett resultat av minskad svullnad på grund av vätskedrivande medicinering? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

<p>Trycksår vid Uppföljning</p> <p>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bakhuvud _____</td> <td><input type="checkbox"/> Armåge vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Häl höger _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____</td> <td><input type="checkbox"/> Häl vänster _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Annat _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Armåge höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Såret uppstod: På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Bakhuvud _____	<input type="checkbox"/> Armåge vänster _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Öra höger _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____	<input type="checkbox"/> Öra vänster _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____	<input type="checkbox"/> Häl höger _____	<input type="checkbox"/> Skuldra höger _____	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____	<input type="checkbox"/> Häl vänster _____	<input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Armåge höger _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____		<p>Kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian. Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.
<input type="checkbox"/> Bakhuvud _____	<input type="checkbox"/> Armåge vänster _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____																	
<input type="checkbox"/> Öra höger _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____																	
<input type="checkbox"/> Öra vänster _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____	<input type="checkbox"/> Häl höger _____																	
<input type="checkbox"/> Skuldra höger _____	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____	<input type="checkbox"/> Häl vänster _____																	
<input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Annat _____																	
<input type="checkbox"/> Armåge höger _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____																		

<p>Avslut datum: _____</p> <input type="checkbox"/> Vårdkontakt upphör <input type="checkbox"/> Avliden
