

Datum	Enhet
Har personen vårdats hos annan juridisk vårdgivare sen senaste riskbedömningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har information från tidigare juridisk vårdgivare inhämtats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Är personen inskriven i hemsjukvård (Noteras av primärvård/hemsjukvård) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Personnummer:

Namn:

har erhållit information om registrering i kvalitetsregister

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

A. Psykisk status Helt orienterad till tid och rum 4 Stundtals förvirrad 3 Svarar ej adekvat på tilltal 2 Ej kontakbar 1 B. Fysisk status Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen (<i>hela dagen</i>) 2 Sängliggande 1 C. Rörelseförmåga Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1 D. Födointag Normal portion 4 ¾ portion 3 Halv portion 2 Mindre än halv portion 1 E. Vätskeintag Mer än 1000 ml/dygn 4 700-1000 ml/dygn 3 500-700 ml/dygn 2 Mindre än 500 ml/dygn 1 F. Inkontinens Nej 4 Tillfälligt (<i>annars vanligen kontinent</i>) 3 Urin- eller tarminkontinent (KAD) 2 Urin- och tarminkontinent 1 G. Allmäntillstånd Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1	A. Har födointaget minskat de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmättningsproblem, tugg- eller sväljproblem? Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2 B. Viktförlust under de senaste tre månaderna? Ja, mer än 3 kg 0 Vet ej 1 1-3 kg 2 Nej 3 C. Rörlighet Sängliggande eller rullstolsburen 0 Tar sig ur säng/rullstol men går inte ut 1 Går ut med eller utan hjälpmedel 2 D. Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna? Ja 0 Nej 2 E. Neuropsykologiska problem? Svår förvirring/demens eller depression 0 Lätt förvirring/demens 1 Inga neuropsykologiska problem 2 F. BMI Längd: Vikt: BMI: BMI under 19 0 BMI 19 till mindre än 21 1 BMI 21 till mindre än 23 2 BMI 23 eller mer 3	A. Tidigare kända fallolyckor Nej 0 Ja 1 B. Medicinering Ingen 0 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1 Diuretika 1 Antihypertensiva (<i>annat än diuretika</i>) 1 Antiparkinson läkemedel 1 Antidepressiva läkemedel 1 Andra läkemedel 0 C. Sensoriska funktionsnedsättningar Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörselnedsättning 1 Nedsatt motorik (<i>har kraft- eller funktionsnedsättningar i någon extremitet</i>) 1 D. Kognitiv funktionsnedsättning Orienterad 0 Ej orienterad 1 E. Gångförmåga Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 1 Ingen gångförmåga 0
Summa:	Summa:	Summa:
20 poäng eller mindre = risk för trycksår	8-11 poäng = risk för undernäring 0-7 poäng = undernärd	3 poäng eller mer = risk för fall
Bedömningen gjord av:	Bedömningen gjord av:	Bedömningen gjord av:

Ankomststatus

Har personen trycksår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kryssa i och ange lokalisation och kategori (1-4) på trycksår vid ankomst: <input type="checkbox"/> Bakhuvud _____ <input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____ <input type="checkbox"/> Öra höger _____ <input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____ <input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____ <input type="checkbox"/> Öra vänster _____ <input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____ <input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____ <input type="checkbox"/> Skuldra höger _____ <input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____ <input type="checkbox"/> Häl höger _____ <input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____ <input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____ <input type="checkbox"/> Häl vänster _____ <input type="checkbox"/> Armbåge höger _____ <input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____ <input type="checkbox"/> Annat _____	Kategori: 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 ned till men inte genom fascian. 4. Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.
Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____	Har en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker genomförts?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (om ja se separat blankett "Bakomliggande orsak")

Planerad ringa in	Trycksår	Utförd kryssa i	Planerad ringa in	Undernäring	Utförd kryssa i	Planerad ringa in	Fall	Utförd kryssa i
<ul style="list-style-type: none"> • Omgivningsanpassning - Kroppspositionering i säng/stol <input type="checkbox"/> - Bruk av tryckutjämnande underlag <input type="checkbox"/> - Minskning av skjuveffekt <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd - Omgivningsanpassning <input type="checkbox"/> • Lägesändring - Regelbundna lägesändringar <input type="checkbox"/> - Förflyttningsträning - ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> - Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Lägesändring <input type="checkbox"/> • Bedömning av huden en gång per dag eller oftare <input type="checkbox"/> • Hudvård <input type="checkbox"/> • Nutritionsbehandling - 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 <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Nutritionsbehandling <input type="checkbox"/> • Smärtlindring - Bedömning av smärta <input type="checkbox"/> - Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/> - Ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> • Information/undervisning om hälsoproblem – Trycksår <input type="checkbox"/> • Annan åtgärd – Trycksår <input type="checkbox"/> • Vård i livets slutskede – Trycksår <input type="checkbox"/> • Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Trycksår <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Åtstödjande åtgärder - 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 – Åtstödjande åtgärder <input type="checkbox"/> • Läkemedelsgenomgång <input type="checkbox"/> • Nutritionsbehandling - 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 <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Nutritionsbehandling <input type="checkbox"/> • Övervakning av närings- och vätskeintag - 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 <input type="checkbox"/> • Viktkontroll - Vägning en gång per vecka <input type="checkbox"/> - Vägning minst en gång var tredje månad <input type="checkbox"/> • Munvård - Träning i munvård <input type="checkbox"/> - Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Munvård <input type="checkbox"/> • Information/ undervisning om kostfrågor <input type="checkbox"/> • Annan åtgärd – Undernäring <input type="checkbox"/> • Vård i livets slutskede – Undernäring <input type="checkbox"/> • Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Undernäring <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Muskelfunktions- och styrketräning - Styrketräning <input type="checkbox"/> - Balansträning <input type="checkbox"/> - Gångträning <input type="checkbox"/> - Träning av fysisk prestationsförmåga <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Muskelfunktions- och styrketräning <input type="checkbox"/> • Läkemedelsgenomgång <input type="checkbox"/> • Förflyttning och personlig vård - 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 <input type="checkbox"/> • Omgivningsanpassning - Anpassning av möblering och inventarier <input type="checkbox"/> - Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> - Träning i att använda hjälpmedel <input type="checkbox"/> - Anpassning av belysning och ljudförhållanden <input type="checkbox"/> - Larm / extra tillsyn <input type="checkbox"/> - Höftskyddsbyxor <input type="checkbox"/> - Antihalksockar <input type="checkbox"/> - Annan åtgärd – Omgivningsanpassning <input type="checkbox"/> • Information/undervisning om hälsa- ohälsa – Fall <input type="checkbox"/> • Annan åtgärd – Fall <input type="checkbox"/> • Vård i livets slutskede – Fall <input type="checkbox"/> • Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Fall <input type="checkbox"/> 						
<p>Vid händelse av fall:</p> <p>Datum _____</p> <p>När inträffade fallet? (kl) _____</p> <p>Konsekvens av fall _____</p> <p>Datum _____</p> <p>När inträffade fallet? (kl) _____</p> <p>Konsekvens av fall _____</p>								
Planerat uppföljningsdatum: _____		Uppföljning gjord datum: _____		Gjord av: _____		Vikt vid uppföljning: _____		

Trycksår, Uppföljning Datum: _____

Har personen trycksår? Ja Nej

Kryssa och ange lokalisation och kategori (1-4) på trycksår:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bakhuvud _____ | <input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____ | <input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____ | <input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____ |
| <input type="checkbox"/> Öra höger _____ | <input type="checkbox"/> Armbåge höger _____ | <input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____ | <input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____ |
| <input type="checkbox"/> Öra vänster _____ | <input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____ | <input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____ | <input type="checkbox"/> Häl höger _____ |
| <input type="checkbox"/> Skuldra höger _____ | <input type="checkbox"/> Ryggslut / sacrum _____ | <input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____ | <input type="checkbox"/> Häl vänster _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

Avslut Datum: _____

- Flytt till annan vårdenheter. Vilken: _____
- Utskrivning till ordinarie boende/hemmet Vårdkontakt upphör
- Avliden Flytt till särskilt boende

Har personen givit samtycke till informationsöverföring?

 Ja Nej

Har information om aktuella förebyggande och behandlande åtgärder givits till kommande vårdgivare?

 Ja Nej