



Pasient

Kjønn 1 Mann 2 Kvinne

Personnummer

Navn

Telefon

Telefon, pårørende

Pasientstatus

Er oppfølging utført

1 Ja 2 Nei

Årsak

- 1 Får ikke tak i pasienten
 2 Pasienten ønsker ikke å svare
 3 Død
 4 Annet (spesifiser)

Oppfølgingsdato

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dato | | Måned | | År | |

Boligforhold

- 1 Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp
 2 Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp
 3 Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester og personale
 4 Sykehjem
 9 Ukjent

Sivilstatus

- 1 Gift/samboende
 2 Enke/enkemann
 3 Enslig
 9 Ukjent

Bosituasjon

- 1 Pasienten bor alene
 2 Pasienten bor sammen med noen (f.eks. ektefelle/samboer, søsken, barn)
 3 Pasienten bor i institusjon/sykehjem
 9 Ukjent

Innlagt sykehus etter utskrivning (flere alternativer mulig)

- 1 Hele tiden innlagt
 2 Reinnlagt for nytt slag
 3 Reinnlagt annen årsak
 4 Ikke reinnlagt

Spesifiser

- 1 Infarkt
 2 Blødning
 9 Ukjent

Er du operert i halspulsåre?

- 1 Ja
 2 Nei
 9 Ukjent

Rehabiliteringstiltak etter utskrivning (flere alternativer mulig)

- 1 Døgnopphold i rehab.avd.
 2 Opptreningscenter
 3 Døgnrehabilitering i sykehjem
 4 Dagrehabilitering
 5 Hjemmerehabilitering
 6 Rehabilitering i fysikalsk institutt
 7 Annet (spesifiser)
-
- 9 Ukjent

Spesielle funksjoner

Hjelp i daglige gjøremål (ADL) (flere alternativer mulig)

- 1 Ingen
- 2 Familie
- 3 Hjemmehjelp
- 4 Hjemmesykepleie
- 5 Institusjon
- 6 Andre

Forflytning

- 1 Jeg kan forflytte meg alene/uten tilsyn både ute og inne.
- 2 Jeg kan forflytte meg alene/uten tilsyn inne, men ikke ute.
- 3 Jeg trenger hjelp av en annen person ved forflytning.
- 9 Vet ikke / ukjent

Toalettbesøk

- 1 Jeg klarer toalettbesøk selv
- 2 Jeg kan ikke gå på toalettet alene. Trenger hjelp til bruk av bekken eller bleie, eller trenger hjelp under toalettbesøket
- 9 Vet ikke / ukjent

Av-/påkledning

- 1 Jeg klarer av-/påkledning selv, også ytterklær, sko og strømper
- 2 Jeg trenger hjelp med av-/påkledning
- 9 Vet ikke / ukjent

Oppfølging og livskvalitet

Har du språk- og/eller taleproblemer etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Har du synsproblemer etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Har du kommet deg helt etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Har du fått tilstrekkelig hjelp etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Har ikke behov
- 9 Vet ikke / ukjent

Har du fått så mye trening som du ønsker etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Har ikke behov
- 9 Vet ikke / ukjent

Har du vært til legekontroll etter hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Er du like fornøyd med tilværelsen etter hjerneslaget som før hjerneslaget?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Tar du medisin mot høyt blodtrykk?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Tar du blodfortynnende medisin mot blodpropp?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Tar du medisin mot høyt kolesterol?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Røykestatus

- 0 Aldri
- 1 Røyker
- 2 Eks-røyker (røykfri > 1 mnd)
- 9 Ukjent

Var du yrkesaktiv da du fikk hjerneslag?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Er du yrkesaktiv nå?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Kjørte du bil før du fikk hjerneslag?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Kjører du bil nå?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Vet ikke / ukjent

Funksjonsstatus

Modified Rankin Scale
(Se egen veiledning)

0-6

Besvart av (flere alternativer mulig)

- 1 Pasient
- 2 Familie
- 3 Helsepersonell
- 4 Andre

Spesifiser