



### Pasient

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

#### 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

#### Spesifiser

- 1 Infarkt  
 2 Blødning  
 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 klarer ikke toalettbesøk alene. Trenger hjelp til bruk av bekken eller bleie, eller trenger hjelp under toalettbesøk
- 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