

Fødselsnummer

Telefon

Navn

## Pasientstatus

### Er oppfølging utført

- 1 Ja  2 Nei

### Årsak

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

### Oppfølgingsdato

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag		Måned		År	

### Boligforhold

- 1 Egen bolig uten hjemme-  
sykepleie/hjemmehjelp  
 2 Egen bolig med hjemme-  
sykepleie/hjemmehjelp  
 3 Omsorgsbolig med  
døgkontinuerlige tjenester  
 4 Sykehjem, våde korttids- og  
langtidsopphold  
 5 Fortsatt på rehab.opphold  
 9 Ukjent

### Sivilstatus

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

### Bosituasjon

- 1 Bor alene  
 2 Bor sammen med noen  
 9 Ukjent

### Innlagt sykehus etter utskrivning (flere alternativer mulig)

- 1 Hele tiden innlagt  
 2 Reinnlagt for nytt slag

### Spesifiser

- 1 Infarkt  
 2 Blødning  
 9 Ukjent

- 3 Reinnlagt annen årsak  
 4 Ikke reinnlagt

### Rehabilitering etter utskrivning (flere alternativer mulig)

- 0 Ingen  
 1 Døgnopphold i rehab.avd.  
 2 Opptreningscenter  
 3 Døgnrehabilitering i sykehjem  
 4 Dagrehabilitering  
 5 Hjemmerehabilitering  
 6 Rehabilitering i fysikalsk institutt  
 7 Behandling hos logoped  
 8 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 Alene – ute og inne  
 2 Alene inne  
 3 Med hjelp (av andre)  
 9 Ukjent

### Toalettbesøk

- 1 Alene  
 2 Med hjelp  
 9 Ukjent

### Påkledning

- 1 Alene  
 2 Med hjelp  
 9 Ukjent

# Oppfølging og livskvalitet

Har du problemer med å lese eller skrive (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?

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

Har du problemer med å svelge (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?

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

Har du problemer med å snakke (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?

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

Har du synsproblemer (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?

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

Opplever du økt tretthet og/eller utmattelse (som ikke var tilstede før 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 kontroll for hjerneslaget?

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

Kontroll for hjerneslaget i sykehus?

- 1 Ja →
  - 2 Nei
  - 9 Vet ikke/ukjent
- Dag      Måned      Ar
- Ukjent dato

Har du vært til kontroll for hjerneslaget for fastlege?

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

Opplever du like god livskvalitet 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

Jobbstatus nå?

- 1 Er tilbake i full jobb
- 2 Er delvis sykemeldt
- 2 Er helt sykemeldt
- 9 Vet ikke / ukjent

Hadde du førerkort før du fikk hjerneslag?

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

Hvis ja, hva er førerkortstatus nå?

- 1 Fortsatt gyldig førerkort
- 2 Inndratt førerkort
- 3 Fortsatt gyldig førerkort, men midlertidig kjøreforbud
- 9 Ukjent

Hvis fortsatt gyldig førerkort, kjører du bil nå?

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

**Funksjonsstatus** (Modified Rankin Scale)

Sett kun ett kryss ved svaralternativet som best beskriver ditt funksjonsnivå

- 0 Ingen symptomer/ funksjonssvikt
- 1 Ingen betydelig funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle daglige gjøremål og aktiviteter som før
- 2 Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer mine daglige gjøremål
- 3 Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp av en annen person.
- 4 Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person og klarer ikke å ivareta mine grunnleggende behov uten
- 5 Svært alvorlig funksjonssvikt; sengeliggende og trenger konstant tilsyn og hjelp

## Spørreskjema om din helse (EQ-5D-5L)

### Gange

- 1 Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- 2 Jeg har litt problemer med å gå omkring
- 3 Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- 4 Jeg har store problemer med å gå omkring
- 5 Jeg er ute av stand til å gå omkring

### Personlig stell

- 1 Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg
- 2 Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- 3 Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- 4 Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- 5 Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

### Vanlige gjøremål

- 1 Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- 2 Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- 3 Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- 4 Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- 5 Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

### Smerter / ubehag

- 1 Jeg har verken smerter eller ubehag
- 2 Jeg har litt smerter eller ubehag
- 3 Jeg har middels sterke smerter eller ubehag
- 4 Jeg har sterke smerter eller ubehag
- 5 Jeg har svært sterke smerter eller ubehag

### Angst / depresjon

- 1 Jeg er verken engstelig eller deprimert
- 2 Jeg er litt engstelig eller deprimert
- 3 Jeg er middels engstelig eller deprimert
- 4 Jeg er svært engstelig eller deprimert
- 5 Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

### Helsen din (VAS) fra 0-100

Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er *i dag*. Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100.

100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.

0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.

Sett en X på skalaen for å angi hvordan helsen din er *i dag*.

Skriv deretter tallet du merket av på skalaen inn i boksen nedenfor.



### Besvart av (flere alternativer mulig)

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

Spesifiser

### Hvordan ble oppfølgingskjema etter 3 måneder registrert?

- 1 Per telefon
- 2 Per brev
- 3 Ved besøk på poliklinikk
- 4 Annet