



**Personnr**

**Navn**

**Adresse**

**Telefon**

### Inklusjonskontroll.

Pasienten har hjerneslagdiagnose i henhold til ett av følgende kriterier:

- 1 Vedvarende akutte fokale utfall (> 24 timer) med positiv bilde-diagnostikk. Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.
- 2 Vedvarende akutte fokale utfall (> 24 timer) uten positiv bilde-diagnostikk. Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.
- 3 Forbigående akutte fokale utfall (< 24 timer) med positiv bilde-diagnostikk. Se eget skjema for registrering (frivillig).
- 4 Ingen av ovennevnte, pasienten skal ikke registreres

### Slagdiagnose

- I 61 Hjerneblødning (CT/MR eller obduksjon har vist blødning)
- I 63 Hjerneinfarkt (CT/MR obduksjon er uten aktuell patologi eller har vist et aktuelt infarkt)
- I 64 Hjerneslag ikke spesifisert som blødning eller infarkt (CT/MR ikke utført)

### Hjerneslag som hoveddiagnose eller bidiagnose

- Hoveddiagnose
- Bidiagnose

## Tilstand før det aktuelle hjerneslaget

### Boligforhold

- 1 Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp
- 2 Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp
- 3 Omsorgsbolig med døgn-kontinuerlige tjenester
- 4 Sykehjem
- 9 Ukjent

### Sivilstatus

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

### Bosituasjon

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

### Forflytning

- 1 Alene/uten tilsyn, både inne og ute (bruk av hjelpemiddel tillatt)
- 2 Alene/uten tilsyn inne, men ikke ute
- 3 Med hjelp av andre
- 9 Ukjent

### Toalettbesøk

- 1 Pasienten klarte toalettbesøk alene
- 2 Pasienten trengte hjelp til bruk av bekken eller bleie, eller trengte hjelp under toalettbesøket
- 9 Ukjent

### Påkledning

- 1 Pasienten klarte av- og påkledning selv, også ytterklær, sko og strømper
- 2 Pasienten trengte hjelp med av- og påkledning
- 9 Ukjent

### Funksjonsstatus

Modified Rankin Scale (Se egen veiledning)

0-5

Ikke utført

## Risikofaktorer før hjerneslaget

### Tidligere hjerneslag?

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Hvis ja, anfør type hjerneslag

- 1 Infarkt  3 Uspesifisert
- 2 Blødning  4 Både infarkt og blødning
- 9 Ukjent

### Tidligere TIA?

Opplysninger om sikre tegn på TIA i form av klare forbigående fokale utfall

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Hvis ja, når var siste TIA?

- 1 Innen siste uke  3 4-12 uker før slaget
- 2 1-4 uker før slaget  4 Over 12 uker før slaget

### Tidligere hjerteinfarkt?

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

## Risikofaktorer før hjerneslaget (fortsettelse)

### Gjennomgått store hjerte-/karintervensjoner?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Atrieflimmer bekreftet med EKG tidligere eller i løpet av innleggelsen (gjelder også paroxysmisk atrieflimmer/flutter)?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Diabetes, tidligere diagnostisert eller nyoppdaget?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Når ble atrieflimmer oppdaget?

1 Atrieflimmer tidligere  
 2 Atrieflimmer nyoppdaget ved ankomst til sykehuset eller under innleggelsen

### Røykestatus

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

## Status i akutfasen

### Bevissthetsgrad ved innleggelsen

0 Våken  
 1 Døs, reagerer adekvat ved lett stimulering  
 2 Døs, reagerer først ved kraftig/gjentatt stimulering  
 3 Reagerer ikke, eller bare med ikke-måttet bevegelse  
 9 Ukjent

### Fokale utfall

#### Facialisparese

1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

#### Beinparese

1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

#### Andre nye fokale slagsymptomer

1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

#### Armparese

1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

#### Språkproblemer (afasi)

1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

### Hvilke fokale symptomer?

Dysartri  
 Ataksi  
 Sensibilitetsutfall  
 Neglekt  
 Dobbeltsyn  
 Synsfeltutfall  
 Vertigo

### NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

Angi totalscore akutt ved innkost

Ikke utført

Angi totalscore ved 24 timer +/- 12 timer etter innkost

Ikke utført

### Cerebral CT eller MR ved innkost (innen 12 t)?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

### Sidelokalisasjon av symptomer

1 Høyre  2 Venstre  3 Bilateralt  4 Ikke relevant  9 Ukjent

## Medikamentell behandling før debut av hjerneslaget og ved utreise

Dersom det er dokumentert i journal/epikrise at pasienten starter med anti-koagulasjon innen to uker etter symptomdebut av hjerneslaget kan det krysses av for **antikoagulasjon ved utreise**

Dersom det er dokumentert i journal/epikrise at pasienten starter med medikamentell behandling for høyt blodtrykk innen to uker etter symptomdebut av hjerneslaget kan det krysses av for **«Medikamentell behandling for høyt blodtrykk»** ved utreise.

Ved mors registreres alle medikamenter ved utreise som **Nei**

Medikament (Eksempler)	Før debut av hjerneslaget			Ved utreise		
	Ja 1	Nei 2	Ukjent 9	Ja 1	Nei 2	Ukjent 9
<b>Acetylsalisylsyre (ASA)</b> (Asasantin Retard, Acetylsalisylsyre, Albyl E, Aspirin, Axanum, Diprasorin, Globoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ADP-reseptorblokker</b> (Brique, Clopidogrel, Efiend, Plavix, Ticlid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dipyridamol</b> (Apanova, Asasantin Retard, Diprasorin, Persantin (Retard))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Warfarin</b> (Marevan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andre perorale antikoagulasjonsmidler enn Warfarin</b> (Arixtra, Defitelio, Eliquis, Novastan, Pradaxa, Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Statin og annen lipidsenkende behandling</b> (Atorvastatin, Cholestagel, Crestor, Ezetrol, Inegy, Lescol, Lestid, Lipitor, Lovastatin, Omacor, Pravachol, Pravastatin, Questran, Simvastatin, Sortis, Zocor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medikamentell behandling for høyt blodtrykk</b> (kalsiumblokkere, ACE-hemmere, A2 (angiotensin), betablokkere, og diuretika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke antikoagulasjonsmidler?	<input type="checkbox"/> Apixaban (f.eks Eliquis)	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (f.eks Xarelto)	<input type="checkbox"/> Dabigatran (f.eks Pradaxa)	<input type="checkbox"/> Annet peroralt antikoagulasjonsmiddel		

**Er pasienten vurdert for reperfusjonsbehandling (trombolyse/trombektomi)**
 1 Ja    2 Nei    9 Ukjent

Hvis ja:

- 
- 1 Behandlet med trombolyse/trombektomi
- 
- 
- 2 Ikke behandlet – kontraindikasjon

**Trombolytisk behandling**
**Trombolyse**    1 Ja    2 Nei    9 Ukjent
**Medikament og dosering**

- 
- 1 Alteplase, standard dose 0,9 mg/kg
- 
- 3 Annet trombolytisk medikament
- 
- 
- 2 Alteplase, redusert dose
- 
- 9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Starttidspunkt for trombolyse

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

**NIHSS (Totalscore) Før trombolyse**       Ikke utført

**NIHSS (Totalscore) 24 t etter trombolyse**       Ikke utført

**Hjerneblødning med klinisk forverring innen 36 timer etter behandlingsstart tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS (skal være verifisert med CT/MR eller obduksjon)**    1 Ja    2 Nei    9 Ukjent
**Trombektomi**
**Er trombektomi eller annen endovaskulær behandling gjennomført?**
 1 Ja    2 Nei    9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Starttidspunkt for trombektomi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

**NIHSS (Totalscore) Før trombolyse**       Ikke utført

**NIHSS (Totalscore) 24 t etter trombektomi**       Ikke utført
**Hemikraniektomi**
**Er hemikraniektomi gjennomført?**
 1 Ja    2 Nei    9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Starttidspunkt for hemikraniektomi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

**Behandlingskjeden****Symptomdebut**

Angi tidspunkt for symptomdebut. Dersom pasienten våknet med symptom angis siste tidspunkt uten symptom, for eksempel ved leggetid

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

**Våknet pasienten med symptom på hjerneslag?**
 1 Ja    2 Nei    9 Ukjent
**Innleggelsestidspunkt**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

**Hvor oppsto hjerneslaget?**

- 
- 1 Utenfor sykehus
- 
- 
- 2 I sykehus, ikke prosedyrerelatert
- 
- 
- 3 I sykehus, prosedyrerelatert

**Avdeling/enhet først innlagt?**

- 
- 1 Slagenhet (se veiledning)
- 
- 
- 2 Annen sengeavdeling

**Overflyttet fra sykehus**
 1 Ja    2 Nei    9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Dato overflyttet fra sykehus

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

Ble AMK/ambulanse varslet?

- 
- 1 Ja
- 
- 
- 2 Nei
- 
- 
- 9 Ukj.

Transportmetode

- 
- 1 Ambulanse
- 
- 
- 2 Luftambulanse
- 
- 
- 3 Kombinasjon ambulanse og luftambulanse
- 
- 
- 4 Annet

Hvilken avdeling?

- 
- 1 Medisinsk
- 
- 5 Observasjon
- 
- 
- 2 Nevro
- 
- 6 Annen
- 
- 
- 3 Nevrokirurgi
- 
- 
- 4 Intensiv/ annen overvåkingsavd.

Ble pasienten innlagt/ utredet via «trombolysealarm» eller tilsvarende varslingsystem som er nødvendig for akutt utredning og trombolysebehandling?

- 
- 1 Ja
- 
- 
- 2 Nei
- 
- 
- 9 Ukjent

## Undersøkelser og tiltak utført under oppholdet

### Bilediagnostikk av hjerneslaget

- 1 Ingen  4 CT + MRI  
 2 CT  5 Annen  
 3 MRI  9 Ukjent

### Bilediagnostikk av ekstrakranielle kar

- 1 Ingen  4 MR-angio  
 2 Ultralyd  5 Komb. av flere  
 3 CT-angio  9 Ukjent

### Bilediagnostikk av intrakranielle kar

- 1 Ingen  4 MR-angio  
 2 Ultralyd  5 Komb. av flere  
 3 CT-angio  9 Ukjent

### Bilediagnostikk av hjerte

- 1 Ingen  
 2 Transthorakal ultralyd. Ecco cor  
 3 Transøsofageal ultralyd. Ecco cor  
 4 MRI  
 5 Kombinasjon av flere  
 6 Annen  
 9 Ukjent

### Registrering av hjerterytme

- 1 Ingen  
 2 EKG  
 3 Telemetri/kontinuerlig EKG monitoring  
 4 Holtermonitorering  
 5 Kombinasjon av flere  
 9 Ukjent

**Foreligger det tilstopping av store blodkar inne i hjernen** (toppen av arteria carotis interna, eller (M1) eller (M2) i arteria cerebri media)?

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Er fysiologisk homeostase kontrollert og behandlet i henhold til sjekkliste for pasientsikkerhetsprogrammet?**

- 1 Ja  3 Ikke relevant  
 2 Nei  9 Ukjent

**Er svelgefunksjonen vurdert/testet?**

- 1 Ja  3 Ikke relevant  
 2 Nei  9 Ukjent

**Er pasienten mobilisert ut av seng i løpet av de første 48 timer etter innleggelsen?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Er det gjennomført daglige skåringer med validert skåringsskjema for neurologiske utfall de første tre døgn?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Har pasienten fått en tverrfaglig vurdering?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Er pasienten fulgt opp av et tverrfaglig team i forbindelse med utskriving fra sykehus?**

- 1 Ja  3 Ikke relevant  
 2 Nei  9 Ukjent

Hvis ja, sett ett kryss

- 1 Team organisatorisk tilknyttet sykehus  
 2 Team organisatorisk tilknyttet kommune

**Har det ved utskriving blitt utført en funksjonsvurdering med funksjonsskår av pasienten?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Er pasienten vurdert med hensyn til sekundærprofylakse ved utskriving?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Har informasjon om røykestopp blitt gitt til de som er røykere?**

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

**Har informasjon blitt gitt om bilkjøring og eventuell karenstid?**

- 1 Ja  3 Ikke relevant  
 2 Nei  9 Ukjent

## Utskriving

### Utskrivingsdato

Dato                      Måned                      År

### Avdeling/enhet utskrevet fra?

- 1 Slagenhet (se veiledning)  
 2 Annen sengeavdeling

### Utskrives til

- 1 Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp  
 2 Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp  
 3 Omsorgsbolig med døgkontinuerlige tjenester  
 4 Sykehjem, både korttids- og langtidsopphold  
 5 Annen avdeling for videre behandling  
 6 Annen avd. i påvente av sykehjem/rehab.  
 7 Rehabiliteringsavdeling/-institusjon inkludert rehabilitering i sykehjem  
 8 Opptreningscenter  
 9 Ukjent  
 10 Død i løpet av oppholdet  
 11 Annet  
 12 Annet sykehus - spesifiser

### Hvilken avdeling?

- 1 Medisinsk  
 2 Neurologisk  
 3 Nevrokirurgisk  
 4 Intensiv / annen overvåkingsavdeling  
 5 Observasjonsavdeling  
 6 Annen avdeling

Er pasienten behandlet i slagenhet i løpet av oppholdet?

- 1 Ja  
 2 Nei  
 9 Ukjent

### Hvilken?

- 1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: offentlig institusjon  
 2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: privat institusjon med avtale  
 3 Rehabilitering i kommunehelsetjenesten: kommunal institusjon  
 4 Rehabilitering i kommunehelsetjenesten: privat institusjon med avtale

### Morsdato

Dato                      Måned                      År

### Obdusert?

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent