

NORSK HJERNESLAGREGISTER

BRUKERMANUAL 2015

Anvendes ved registrering av alle pasienter innlagt med akutt hjerneslag fra og med 1. januar 2015

Endringer er merket med gult

Kontaktpersoner

Daglig leder

Hild Fjærtøft, hild.fjaertoft@stolav.no

Tlf: 72 57 55 31

Registerkoordinator

Randi Skogseth-Stephani, randi.skogseth@stolav.no

Tlf: 72 57 60 47

Registerkoordinator

Birgitte Mørch, birgitte.morch@stolav.no

Tlf: 72 82 12 81

Fagleder

Bent Indredavik, bent.indredavik@stolav.no

Norsk hjerneslagregister

St. Olavs Hospital

MTFS boks 180

3250 Sluppen

7006 Trondheim

Besøksadresse:

Medisinsk Teknisk Forskningscenter (MTFS), 4. etg.,

Edvard Griegs gate 10

7030 Trondheim

INNHALDSFORTEGNELSE

VEILEDNING FOR BRUK AV NETTVERSJONEN AV NORSK HJERNESLAGREGISTER	Feil! Bokmerke er ikke definert.
GENERELLE ANMERKNINGER	4
TIPS FOR RASK REGISTRERING	5
HVILKE HJERNESLAG SKAL REGISTRERES?	6
Tilfeller som ikke skal registreres:	6
INKLUSJONSKONTROLL	6
AKUTTSKJEMA 2014	7
Tilstand før det aktuelle hjerneslaget	8
Risikofaktorer før hjerneslaget	9
Status i akutfasen	10
Medikamentell behandling før debut av hjerneslaget og ved utreise	11
Antikoagulasjonsbehandling under innleggelsen	13
Trombolytisk behandling	13
Trombektomi	14
Hemikraniektomi	14
Behandlingskjeden	15
Kriterier for slagdiagnosen	7
Hvilke undersøkelser og tiltak er utført under oppholdet?	18
Utskriving	19
OPPFØLGINGSSKJEMA – 3 måneder etter innleggelse	21
Pasientstatus	21
Reinnleggelse og rehabilitering etter utskrivning	22
Hjelp i daglige gjøremål	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Spesielle funksjoner	22
Vurdering av oppfølging og livskvalitet etter hjerneslaget	22
AKTUELLE SPØRSMÅL OG SVAR	25
Vedlegg 1: MODIFIED RANKIN SCALE	26
Vedlegg 2: NIH STROKE SCALE (NIHSS)	26
Vedlegg 3: Veiledning for NIH stroke scale	28
Vedlegg 4: Medikamentliste i alfabetisk rekkefølge	29

INNLOGGING TIL NORSK HJERNESLAGREGISTER MRS 4.0 på <https://mrs.nhn.no>

HELSE MIDT-NORGE IT

NHN Produksjon

MRS - Medisinsk registreringssystem

Registre

- Cerebral pareseregisteret
- Hjertesviktregisteret
- NORKAR - Norsk karkirurgisk register
- NOKBIL
- Norsk MS-Register og Biobank
- Nasjonalt traumeregister
- Hjertestansregisteret
- Norsk Hjerterinfarktregister
- Norsk Hjerneslagregister

helseregister.no

Ny bruker

Glemt passord

Driftsmeldinger

Norsk Helsenett driftsmeldinger

NHN Kundesenter | kundesenter@nhn.no | Tlf 02017

HELSE MIDT-NORGE IT

MRS STS

1.2.2.32

Logg på til Norsk hjerterinfarktregister

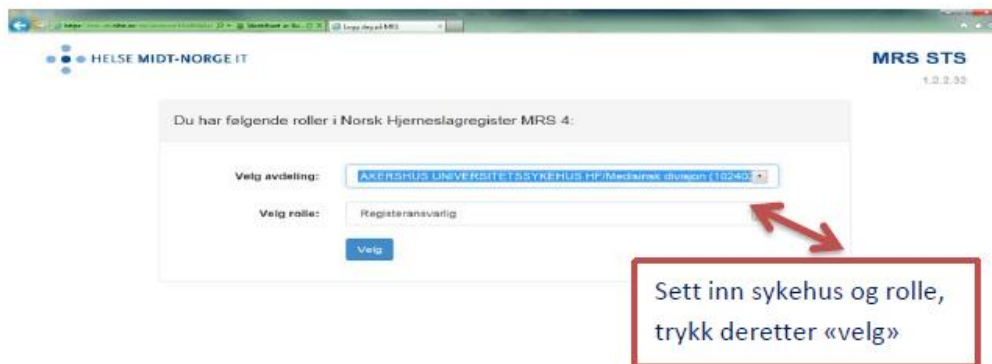
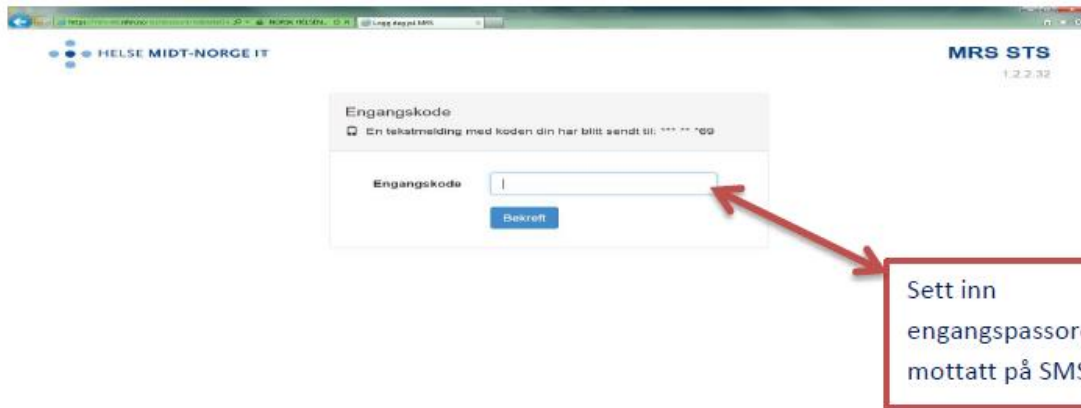
Brukernavn

Passord

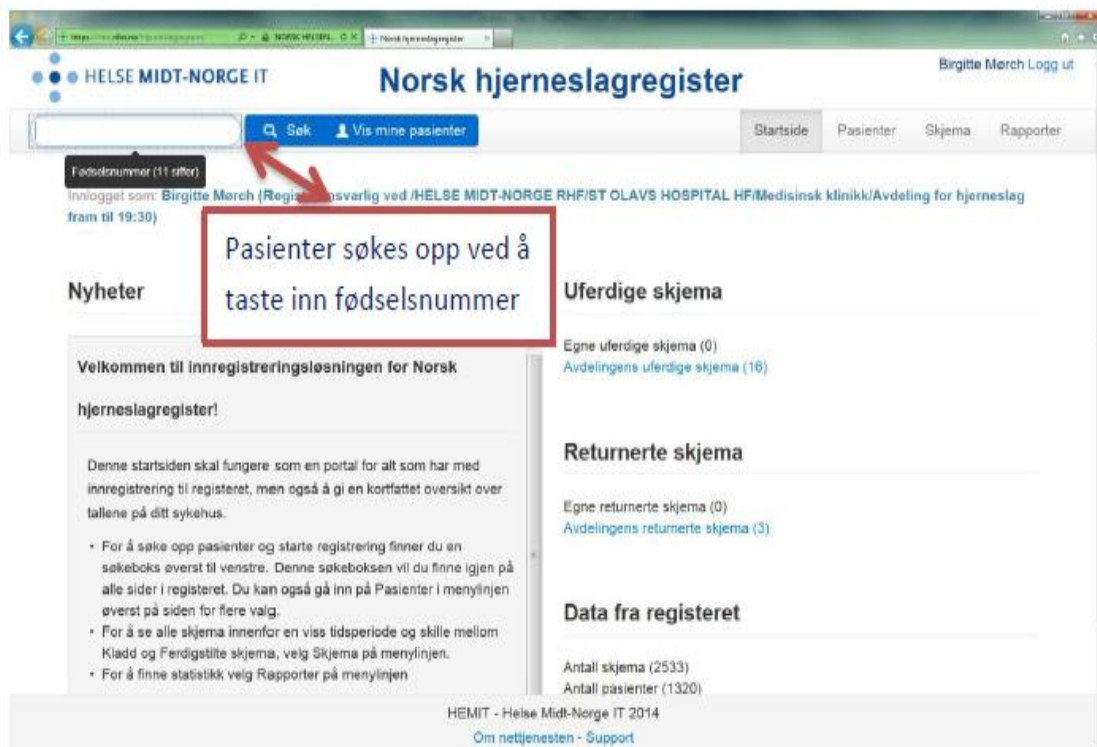
Logg på

Bruk samme brukernavn og passord som du hadde på helseregister.no

Trykk på Logg på og du får tilsendt engangspassord på mobilen



Da er du inne på Norsk hjerneslagregister og registreringen kan starte



GENERELLE ANMERKNINGER

- Meld fra til registerkoordinator hvis dere endrer personell som registrerer.
- Prøv å kode konsekvent – all registrering må utføres konsekvent. Registrerer dere avvik, er det viktig å notere avviket for dere selv, for å huske det ved analyse av data (vi anbefaler derfor hvert sykehus å føre egen "loggbok").
- Når opplysninger mangler, skal man i utgangspunktet kode 9=ukjent eller vet ikke, men for ukjent tidspunkt skal rubrikkene stå åpne.
- Når man går inn i journalsystemet for å lete opp pasienter man ikke har automatisk tilgang til, kan man oppgi "Kvalitetsarbeid administrativt/faglig (paragraf 26)" som årsak til at man aktualiserer journalen.
- Databasen er knyttet opp mot Folkeregisteret, og ved å skrive personnummeret på den pasienten som skal registreres, får man automatisk fram personopplysninger som navn, sivilstatus og adresse.
- Både akutt skjema og oppfølgings skjema må være ferdigstilt/lukket for å bli med i rapporter.

TIPS FOR RASK REGISTRERING

Bruk tabulatortasten for å trykke deg gjennom alle spørsmålene.

Bruk tallene på tastaturet når du skal velge alternativer.

Der du skal krysse av for "Ingen av disse", kan du bruke mellomromstasten for å sette underpunktene til nei. Det samme gjelder for eksempel ved alternativer under "fokale symptomer" i hovedskjemaet, og under "reinnleggelser" og "rehabilitering etter innleggelse", "hjelp i daglige gjøremål" og "besvart av" i oppfølgings skjemaet.

Hvis noen få av underpunktene skal registreres med ja eller ukjent kan du krysse av "ingen av disse", slik at de blir markert med nei. Trykk igjen "ingen av disse", endre de underpunkter som skal registreres med ja eller ukjent.

Hurtigtaster	Funksjon
Alt + L	Lagre
Alt + S	Ferdigstill
Alt + O	Til oversikten
Alt + F	Forrige
Alt + N	Neste
Ctrl + F	Søk etter
Ctrl + Home	Øverst på siden
Ctrl + End	Nederst på siden

HVILKE HJERNESLAG SKAL REGISTRERES?

I61 – Hjerneblødning

I63 – Hjerneinfarkt

I64 – Hjerneslag, ikke spesifisert som blødning eller infarkt

- For å stille diagnosen hjerneslag er det nødvendig at det foreligger sikre akutte fokale nevrologiske utfall, som halvsidige pareser, afasi, dysartri, halvsidige sensibilitetsutfall, neglekt, ataksi, diplopi, synsfeltutfall. Vertigo kan kun registreres ved positiv bildediagnostikk.
- For pasienter med bevisstløshet, men positiv billeddiagnostikk, kodes "ja" for "akutte fokale utfall med positiv billeddiagnostikk", selv om det kan være vanskelig å påvise sikre fokale utfall.
- Alle slagtilfeller som hospitaliseres innen 28 døgn etter symptomdebut, både som hoved- og bidiagnose, skal registreres. Om en pasient får ett eller flere nye slag innen 7 døgn etter det initiale slagtilfellet blir dette registrert kun som ett slag (det første slaget registreres). Nytt slag etter 7 døgn registreres som et nytt hjerneslag.
- Ved trombolyse der det ikke blir sequele eller bildefunn kodes allikevel diagnosekode I 63 - Hjerneinfarkt.

Tilfeller som ikke skal registreres:

- Pasienter under 18 år.
- Pasienter med primær svulst eller metastase i hjernen der de akutte nevrologiske symptomene antas å skyldes en sirkulasjonsforstyrrelse i svulsten/metastasen(e) (blodpropp eller blødning). Blødninger eller infarkter i andre områder av hjernen uten relasjon til svulsten/metastasen(e) skal registreres.
- Subaraknoidalblødning (SAB) skal ikke registreres. Infarkter eller reblødning i tilknytning til subaraknoidalblødning (SAB) skal heller ikke registreres.
- Store hodetraumer (for eksempel trafikkulykker) med påfølgende diagnose I61, I63 eller I64 skal ikke registreres.
- Pasienter med forbigående fokale symptomer forenlig med TIA skal ikke registreres, selv om de på MR har forandringer som kan tyde på infarktutvikling. Disse pasientene bør klassifiseres som TIA.
- Hjerneslag som komplikasjon som følge av profylaktisk stråling av hode/hjerne i forbindelse med cancer skal ikke registreres.
- Pasienter uten personnummer registrert i Folkeregisteret eller med bostedsadresse utenfor Norge.
- Pasienter med hjelpenummer skal ikke registreres.

INKLUSJONSKONTROLL

Pasienten har hjerneslagdiagnose i henhold til ett av følgende kriterier:

- **1:** Akutte fokale utfall + positiv bildediagnostikk. Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.
- **2:** Akutte fokale utfall ÷ positiv bildediagnostikk. Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.
- Ingen av ovennevnte

Ved valgt kriterium 1 eller 2 kan skjema registreres, ved valgt "ingen av ovennevnte" kommer følgende melding opp: "For å kunne registrere i skjema må pasienten oppfylle enten kriterium 1 eller kriterium 2.

AKUTTSKJEMA 2014

Kriterier for slagdiagnosen

<p>Akutte fokale utfall med positiv billeddiagnostikk</p>	<p>Kriterier for slagdiagnosen</p> <p>For å stille diagnosen hjerneslag er det nødvendig at det foreligger sikre akutte fokale nevrologiske utfall, som halvsidige pareser, afasi, dysartri, halvsidige sensibilitetsutfall, neglekt, ataksi, diplopi, synsfeltutfall. Vertigo kan kun registreres ved positiv bildediagnostikk.</p> <p>Positiv bildediagnostikk (CT/MR har vist tegn til fersk hjerneblødning eller ferskt hjerneinfarkt), styrker diagnosen.</p> <p>For pasienter med bevisstløshet eller andre ikke klare fokale utfall, men med positiv bildediagnostikk som kan forklare symptomene, kodes "ja" for "akutte fokale utfall med positiv bildediagnostikk", selv om det kan være vanskelig å påvise sikre fokale utfall.</p> <p>1: Ja 2: Nei 9: Ukjent</p>
<p>Akutte fokale utfall uten positiv billeddiagnostikk</p>	<p>1: Ja 2: Nei 9: Ukjent</p>
<p>Slagdiagnose</p>	<p>1: I 61 = Hjerneblødning: CT/MR eller obduksjon har vist blødning.</p> <p>2: I 63 = Hjerneinfarkt: CT/MR eller obduksjon er uten aktuell patologi, eller har vist et aktuelt infarkt. Ved trombolyse der det ikke blir sequele eller bildefunn kodes allikevel I 63. Hemorragiske infarkt skal kodes I 63.</p> <p>3: I 64 = Uspesifisert: I 64 bør bare benyttes der CT/MR ikke er utført.</p> <p>Dersom pasienten rammes av et nytt hjerneslag innen 7 dager, skal bare det første hjerneslaget registreres. Alle pasienter med diagnosen akutt hjerneslag skal registreres, også de som har akutt hjerneslag som bidiagnose. Se unntakene under "Hvilke hjerneslag skal registreres" (side 6).</p>
<p>For pasienter med primær hjerneblødning. Er det gitt blødningsstoppende behandling?</p>	<p>1: Ja 2: Nei 9: Ukjent</p> <p>Med blødningsstoppende behandling menes en eller flere av følgende behandlingstiltak: Faktorkonsentrat (Octaplex) Fersk frosset plasma (Octaplas) K-vitamin</p>
<p>Hvis ja, hvilken?</p>	<p>1: Faktorkonsentrat (Octaplex) 2: Ferskt frosset plasma (Octaplas) 3: K-vitamin 4: Faktorkonsentrat + 2 el. 3 5: Annet</p>
<p>Hjerneslag som hoveddiagnose eller bidiagnose?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hjerneslag satt som hoveddiagnose</p> <p><input type="checkbox"/> Hjerneslag satt som bidiagnose</p>

Tilstand før det aktuelle hjerneslaget

Boligforhold	<p>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp 2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringning. 3: Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester Omfatter alle boligformer med døgnkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede kodes 3 dersom boligen har døgnkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig. 4: Sykehjem Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4. 9: Ukjent</p>
Sivilstatus	<p>1: Gift/samboende 2: Enke/enkemann 3: Enslig 9: Ukjent</p>
Bosituasjon	<p>1: Pasienten bor alene. Man koder "1" om pasienten bodde alene i egen bolig eller omsorgsbolig. 2: Pasienten bor sammen med noen. Gjelder også aldershjem 3: Sykehjem/institusjon. Man koder 3=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 3. 9: Ukjent</p>
Forflytning	<p>1: Alene – ute og inne 2: Alene inne 3: Med hjelp (av andre) 9: Ukjent Når det er tvil om funksjon ved forflytning, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig forflyttet seg.</p>
Toalettbesøk	<p>1: Alene 2: Med hjelp 9: Ukjent Når det er tvil om hjelpebehov ved toalettbesøk, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig klarte toalettbesøk.</p>
Påkledning	<p>1: Alene 2: Med hjelp 9: Ukjent Når det er tvil om hjelpebehov ved av- og påkledning, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig utførte av- og påkledning.</p>
Modified Rankin Scale Se vedlegg 1	<p>0: Ingen symptomer 1: Ingen betydelig funksjonssvikt 2: Lett funksjonssvikt 3: Moderat funksjonssvikt 4: Alvorlig funksjonssvikt 5: Svært alvorlig funksjonssvikt</p>

Risikofaktorer før hjerneslaget

Risikofaktorene «Medikamentell behandling for høyt blodtrykk» og «Statin- og andre lipidsenkende» finnes under «Medikamenter før hjerneslaget»

Tidligere hjerneslag	1: Ja - Med tidligere hjerneslag menes at man tidligere har fått behandling for fokale utfall som har vedvart mer enn 24 timer. 2: Nei - Dersom pasienten ikke har eller har hatt noen fokale utfall, koder man "nei", selv om det fins forandring på CT som tyder på tidligere hjerneslag. Tidligere TIA regnes ikke som tidligere hjerneslag. 9: Ukjent
Hvis ja, anfør type hjerneslag	1: Infarkt 2: Blødning 3: Uspesifisert 4: Både infarkt og blødning 9: Ukjent Tidligere type hjerneslag skal være dokumentert.
Tidligere TIA	1: Ja - Det kodes "ja" for TIA hvis det foreligger sikre opplysninger om klare forbigående fokale utfall, med full restitusjon innen 24 timer. Dette gjelder også diagnosekode G.45.3, Amaurosis fugax (akutt ensidig synstap). 2: Nei 9: Ukjent
Hvis ja, når var siste TIA?	1: Innen siste uke 2: 1-4 uker før slaget 3: 4-12 uker før slaget 4: Over 12 uker før slaget
Tidligere hjerteinfarkt	1: Ja – Det skal kodes "ja" dersom pasienten har hatt hjerteinfarkt før innleggelsen. Dette kan enten være dokumentert i journal eller at pasienten oppgir dette selv. Skal også registreres som "ja" hvis pasienten har gjennomgått et stumt infarkt, dvs. at EKG eller ekko viser tydelige gamle infarktforandringer. 2: Nei 9: Ukjent
Gjennomgått store hjerte- eller karintervensjoner	1: Ja - Gjelder operasjoner på hjerte, store blodårer, samt intervensjonen invasiv behandling med ballongdilatasjon, stenter og lignende. 2: Nei 9: Ukjent
Hvis ja, når?	1: Innen siste uke 2: 1-4 uker før slaget 3: 4-12 uker før slaget 4: Over 12 uker før slaget
Atrieflimmer bekreftet med EKG tidligere eller i løpet av innleggelsen	1: Ja - Det forutsettes EKG-bekreftelse av diagnosen. Man koder "ja" dersom EKG tatt tidligere eller i løpet av innleggelsen viser atrieflimmer (gjelder også paroxystisk atrieflimmer/flutter). 2: Nei 9: Ukjent
Diabetes	1: Ja - Gjelder både type 1 og type 2-diabetes, både diett- og/eller medikament-behandlet. Man koder "ja" dersom pasienten har fått diagnostisert diabetes tidligere, eller om diagnosen er nyoppdaget. 2: Nei 9: Ukjent

Røykestatus	<p>0: Aldri</p> <p>1: Røyker - Man koder "røyker" dersom pasienten har brukt tobakksprodukter før innleggelsen. Dette gjelder sigaretter/sigarer og/eller pipe. Eks-røyker vil si at pasienten sluttet å røyke minst en måned før innleggesdato. Øvre grense for eks-røykere finnes ikke. Sluttet pasienten for over 40 år siden skal han fortsatt betegnes som eks-røyker. Hvis pasienten sluttet å røyke for mindre enn en måned før innleggesdato skal han defineres som røyker i registeret.</p> <p>2: Eks-røyker (røykfri >1 mnd)</p> <p>9: Ukjent</p>
-------------	--

Status i akutfasen

Her registreres blant annet om pasienten har ett eller flere FAST-symptomer, beinparese eller andre fokale slagsymptomer ved innkomst:

Facialisparese

Armparese

Beinparese

Språkproblemer (afasi = problemer med å finne eller forstå ord)

Taleproblemer (dysartri = utydelig tale)

Andre fokale slagsymptomer, det gjelder ataksi, dobbeltsyn (diplopi), sensibilitetsutfall, neglekt, synsfeltutfall og vertigo.

Bevissthetsgrad ved innleggelsen	<p>0: Våken</p> <p>1: Døsig, reagerer adekvat ved lett stimulering</p> <p>2: Døsig, reagerer først ved kraftigere/gjentatt stimulering</p> <p>3: Reagerer ikke, eller bare med ikke-målrettet bevegelse</p> <p>9: Ukjent</p> <p>Gjelder bevissthetsgrad ved første legeundersøkelse etter ankomst til sykehuset.</p>
Facialisparese	<p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>3: Ukjent</p>
Armparese	<p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>3: Ukjent</p>
Beinparese	<p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>3: Ukjent</p>
Språk- eller Taleproblemer	<p>Språkproblemer: Afasi = problemer med å finne eller forstå ord.</p> <p>Taleproblemer: Dysartri = utydelig tale.</p> <p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>3: Ukjent</p>
Andre nye fokale slagsymptomer	<p>1: Ja</p> <p>Ved ja, er følgende symptomer mulig å registrere:</p> <p>Ataksi: nedsatt styring og koordinasjon av bevegelser, medfører klossethet.</p> <p>Sensibilitetsutfall</p> <p>Neglekt</p> <p>Dobbeltsyn - Diplopi</p>

	Synsfeltutfall Vertigo - Vertigo kan kun registreres ved positiv billeddiagnostikk (se under "Kriterier for slagdiagnosen"). 2: Nei 3: Ukjent
NIHSS	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg 2). Angi totalscore ved innleggelse (innen 24 timer), score må være mellom 0 og 42 (i praksis er 40 poeng maksimum score, se vedlegg). Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen. Mulig å krysse av for "ikke utført". Bruk av NIHSS er ikke vanlig regime ved mange sykehusavdelinger i dag, men de Nasjonale retningslinjene for slagbehandling og -rehabilitering fra høsten 2009 anbefaler bruk av denne standardiserte slagskalaen. Vi anbefaler derfor de ulike avdelinger/sykehus å ta et slikt verktøy i bruk.
Sidelokalisasjon av symptomer	1: Høyre 2: Venstre 3: Bilateral 4: Ikke relevant 9: Ukjent Det registreres på hvilken side av kroppen (eventuelt bilateralt) symptomene forekommer. Ved slagsymptomer som ikke kan sidelokaliseres, bruk 4: Ikke relevant.
Cerebral CT eller MR ved innkomst (innen 12 timer)	1: Ja - Man koder "ja" dersom pasienten ved innkomst (innen 12 timer) blir undersøkt med cerebral CT eller MR. 2: Nei 9: Ukjent

Medikamentell behandling før debut av hjerneslaget og ved utreise

Hvis pasienten ikke tar noen av medikamentene nedenfor, kryss av for "Ingen av disse". Ved kombinasjonspreparater av for eksempel ACE-hemmer/diuretika eller A2-antagonist/diuretika plottes det for begge medikamentgrupper. Se vedlegg 3: Alfabetisk medikamentliste.

Ved mors registreres alle medikamenter ved utreise som 2=nei.

Hvis det er dokumentert i journal/epikrise at pasienten starter med antikoagulasjon innen to uker etter symptomdebut av hjerneslaget kan det krysses av for antikoagulasjon ved utreise.

Acetylsalisylsyre (ASA)	1: Ja - For eksempel: Asasantin Retard, Acetylsalisylsyre, Albyl E, Aspirin, Axanum, Dispril, Globoid 2: Nei 9: Ukjent
ADP-reseptorblokker	1: Ja - For eksempel: Brilique, Clopidogrel, Efiend, Plavix 2: Nei 9: Ukjent
Dipyridamol	1: Ja - For eksempel: Asasantin Retard, Persantin (Retard). 2: Nei 9: Ukjent
Warfarin	1: Ja - For eksempel: Marevan. 2: Nei 9: Ukjent
Andre perorale antikoagulasjonsmidler enn Warfarin	1: Ja - For eksempel: Angiox, Arixtra, Eliquis, Novastan, Pradaxa, Xarelto 2: Nei 9: Ukjent

Diuretika	<p>1: Ja - For eksempel: Aldactone, Atacand Plus, Benetor Comp, Burinex, Candemox Comp, Candesartan/ Hydrochlorothiazide, Centyl, CoAprovel, Corixil, Cozaar Comp, Diovan Comp, Diural, Enalapril Comp, Esidrex, Furix, Furosemid, Inspra, Irbesartan/Hydroklortiazid, Lasix Retard, Lisinopril/ Hydroklortiazid, Lodoz, Losartan/ Hydrochlorotiazide, Micardis Plus, Moduretic mite, Normorix mite, Olmetec Comp, Renitec Comp, Samsca, Spirix, Teveten Comp, Valsartan/ Hydrochlorotiazide, Zestoretic mite</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
ACE-hemmer	<p>1: Ja - For eksempel: Captopril, Enalapril, Enalapril Comp, Gopten, Lisinopril, Lisinopril/Hydroklortiazid, Perindoprilarginin servier, Ramipril, Renitec, Renitec Comp, Triatec, Zanipress, Zestoretic, Zestoretic mite, Zestril, Zofenil, Zofenil Comp</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
A2-antagonist	<p>1: Ja - For eksempel: Alea. Amias, Aprovel, Atacand, Atacand Plus, Benetor, Benetor Comp, Candemox Comp, Candesartan, Candesartan/ Hydrochlorotiazide, CoAprovel, Corixil, Cozaar, Cozaar Comp, Diovan, Diovan Comp, Exforge, Irbesartan, Irbesartan/ Hydroklortiazid, Losartan, Losartan/Hydrochlorotiazide, Micardis, MicardisPlus, Olmetec, Olmetec Comp, Sevikar, Teveten, Teveten Comp, Valsartan, Valsartan/ Hydrochlorotiazide</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
Betablokker	<p>1: Ja - For eksempel: Atenolol, Bisoprolol, Brevibloc, Carvedilol, Emconcor, Hypoloc, Inderal Retard, Lodoz, Metoprolol, Pranolol, Seloken, Selo-zok, Sotalol, Tenormin, Trandate, Uniloc.</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
Kalsiumantagonist	<p>1: Ja - For eksempel: Adalat, Alea, Amlodipin, Cardizem, Exforge, Felodipin, Isoptin, Lerkandipin, Lomir, Nimotop, Norvasc, Plendil, Sevikar, Verakard, Zanidip</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
Statin og andre lipidsenkende	<p>1: Ja - For eksempel: Atorvastatin, Cholestagel, Crestor, Ezetrol, Inegy, Lescol, Lestid, Lipitor, Lovastatin, Omacor, Pravachol, Pravastatin, Questran, Simvastatin, Sortis, Zocor</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
Medikamentell behandling for høyt blodtrykk	<p>1: Ja - Man koder "ja" dersom pasienten ved innleggelse eller ved utreise får medikamentell behandling for høyt blodtrykk. Det bør framgå av journal eller informasjon fra pasienten at han bruker medikamenter for høyt blodtrykk. (Aktuelle medikamenter for høyt blodtrykk: Kalsiumblokker, ACE-hemmere, A2 (angiotensin), betablokkere og diuretika.)</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>

Antikoagulasjonsbehandling under innleggelsen

Hvis pasienten ikke har fått noen av behandlingene nedenfor, kryss av for "Ingen av disse".

Antikoagulasjon gitt som behandling av det akutte hjerneslaget	1: Ja – Heparin eller lavmolekylært Heparin intravenøst eller subcutant gitt som behandling av det akutte hjerneslaget. Det vil si at målet med behandlingen har vært å påvirke den arterielle trombose og/eller emboli. For eksempel: Atenativ, Enoksaparin, Fragmin, Hepaflex, Heparin, Innohep, Klexane. 2: Nei 9: Ukjent
Antikoagulasjon gitt som profylakse/ behandling mot DVT og eventuell lungeemboli	1: Ja - Antikoagulasjon med Heparin eller lavmolekylært Heparin intravenøst eller subcutant gitt som profylakse og/eller behandling mot dyp venetrombose og eventuell lungeemboli. For eksempel: Atenativ, Enoksaparin, Fragmin, Hepaflex, Heparin, Innohep, Klexane. 2: Nei 9: Ukjent

Trombolytisk behandling

Trombolyse	1: Ja - De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med trombolyse eller inkludert i trombolyse studie. 2: Nei 3: Inklusjon i studie 4: Ukjent
Dersom ja, ved hvilket sykehus? Obligatorisk opplysning!	Spesifiser ved hvilket sykehus pasienten har fått trombolyse. OBS! Gjelder også om det er eget sykehus som har gitt trombolyse. Denne opplysningen må alltid fylles ut for å kunne vise trombolyse på sykehusnivå. Sykehusene står oppført alfabetisk, svaralternativet utland og annet under bokstavene u og a. Man får opp alternative sykehus ved å skrive første bokstav i sykehusnavnet.
Starttidspunkt trombolyse	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av trombolyse. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt. Dersom starttidspunkt for trombolyse er mer enn 4,5 timer fra tidspunkt for symptomdebut, må tidspunktet bekreftes ved ferdigstilling. Svar "ja" medfører at man ferdigstiller skjemaet, og "nei" medfører at man må endre opplysninger om tidspunkt i skjemaet.
NIHSS – angi totalscore før trombolyse	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg 2) Angi totalscore før trombolyse, score må være mellom 0 og 42 (i praksis er 40 poeng maksimum score, se vedlegg). Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen. Mulig å krysse av for ikke utført.
NIHSS – angi totalscore 24 timer etter trombolyse	Angi totalscore 24 timer etter trombolyse, score må være mellom 0 og 42. Mulig å krysse av for ikke utført.
Hjerneblødning med klinisk forverring innen 36 timer etter behandlingsstart, tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS?	1: Ja - Man skal kun kode "ja" dersom pasienten innen 36 timer etter behandlingsstart får en symptomgivende hjerneblødning med klinisk forverring tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS. Det er kun hjerneblødninger som er assosiert med forverrede kliniske symptomer som skal registreres. Hjerneblødningen skal være verifisert med CT eller obduksjon. 2: Nei 9: Ukjent

Trombektomi

Er trombektomi eller annen endovaskulær behandling gjennomført?	1: Ja – De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med trombektomi eller inkludert i trombektomi studie. Gjelder akuttbehandling med trombektomi eller annen kateterbasert arteriell behandling på cerebrale eller precerebrale kar. 2: Nei 3: Inklusjon i studie 4: Ukjent
Dersom ja, ved hvilket sykehus? Obligatorisk opplysning!	Spesifiser ved hvilket sykehus pasienten har fått trombektomi eller annen endovaskulær behandling. OBS! Gjelder også om det er eget sykehus som har gitt trombektomi eller annen endovaskulær behandling. Denne opplysningen må alltid fylles ut for å kunne vise trombektomi og annen endovaskulær behandling på sykehusnivå. Sykehusene står oppført alfabetisk, svaralternativet utland og annet under bokstavene u og a. Man får opp alternative sykehus ved å skrive første bokstav i sykehusnavnet.
Starttidspunkt trombektomi	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av trombektomi. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt.
NIHSS – angi totalscore før trombektomi	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg 2) Angi totalscore før trombektomi, score må være mellom 0 og 42 (i praksis er 40 poeng maksimum score, se vedlegg). Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen. Mulig å krysse av for ikke utført
NIHSS – angi totalscore 24 timer etter trombektomi	Angi totalscore 24 timer etter trombektomi, score må være mellom 0 og 42. Mulig å krysse av for ikke utført

Hemikraniektomi

Er hemikraniektomi gjennomført?	1: Ja – De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med hemikraniektomi eller inkludert i hemikraniektomi studie. Gjelder behandling med hemikraniektomi på indikasjonen hjerneslag/hjerneinfarkt. 2: Nei 3: Inklusjon i studie 9: Ukjent
Dersom ja, ved hvilket sykehus? Obligatorisk opplysning!	Spesifiser ved hvilket sykehus pasienten har fått hemikraniektomi. OBS! Gjelder også om det er eget sykehus som har gitt hemikraniektomi. Denne opplysningen må alltid fylles ut for å kunne vise hemikraniektomi på sykehusnivå. Sykehusene står oppført alfabetisk, svaralternativet utland og annet under bokstavene u og a. Man får opp alternative sykehus ved å skrive første bokstav i sykehusnavnet.
Starttidspunkt hemikraniektomi	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av hemikraniektomi. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt.

Behandlingskjeden

Symptomdebut	<p>Dato Datoen pasienten ble rammet av hjerneslag; symptomer som medførte første sykehusinnleggelse for hjerneslaget. Datoen må alltid fylles ut, forsøk alltid å oppgi så nøyaktig dato som mulig. For pasienter som får hjerneslaget under innleggelse, skal dato og tidspunkt for innleggelse alltid være lik dato og tidspunkt for symptomdebut for hjerneslaget.</p> <p>Tidspunkt Oppgi time og minutt (fire siffer) for tidspunktet pasienten fikk sitt første symptom. Det er ikke mulig å skrive tidspunktet 24:00, dette vil automatisk bli endret til 00:00. Ved manglende opplysninger om symptomdebut i inntakstjournalen kan det være nyttig å innhente opplysninger fra eventuell ambulansjournal i elektronisk pasientjournal. Se ellers i journal for å finne dato og tidspunkt for symptomdebut dersom en inneliggende pasient rammes av hjerneslag.</p> <p>Dersom pasienten var frisk da han la seg, men hadde symptom ved oppvåkning, angis siste tidspunkt uten symptom, for eksempel ved leggetid.”</p> <p>Dersom tidspunktet er ukjent, kan feltet stå åpent, og om tidspunktet bare kan oppgis til hel time, kan feltet for minutter stå åpent. Forsøk alltid å oppgi nøyaktig klokkeslett.</p>
Våknet pasienten med symptom på hjerneslag?	<p>1: Ja 2: Nei 9: Ukjent</p>
Innleggings-tidspunkt	<p>Dato og tidspunkt for innleggelse i sykehus for det aktuelle hjerneslaget, eller når en inneliggende pasient rammes av hjerneslag. For pasienter som får hjerneslaget under innleggelse, skal dato og tidspunkt for innleggelse alltid være lik dato og tidspunkt for symptomdebut for hjerneslaget.</p> <p>Dato og tidspunkt for innleggelse finnes under ”opphold” i elektronisk pasientjournal eller i sykepleienotat fra mottakelsen. Dersom pasienten blir behandlet for det aktuelle hjerneslaget på flere sykehus er innleggelsestidspunkt = ankomst til det sykehuset der pasienten først ble behandlet for sitt slag.</p> <p>Tidspunkt Oppgi time og minutt (fire siffer) for tidspunktet pasienten kommer til sykehus. Det er ikke mulig å skrive tidspunktet 24:00, dette vil automatisk bli endret til 00:00. Forsøk alltid å oppgi nøyaktig klokkeslett.</p> <p>Det er viktig at både tidspunkt for symptomdebut og innleggelse er utfyllt, men det er mulig å ferdigstille skjemaet uten at klokkeslettet er fylt inn. Om et tidspunkt savnes, kan ikke tidsintervaller beregnes.</p>
Timer fra symptomdebut til innleggelse	<p>Følgende tidsintervaller for symptomdebuten blir regnet ut av databasen automatisk</p> <p>1: 0 - 3 timer før innleggelse 2: 3 – 4,5 timer før innleggelse 3: 4,5 – 6 timer før innleggelse</p>

	<p>4: 6 – 12 timer før innleggelse 5: 12 – 24 timer før innleggelse 6: 24 t – 168 timer før innleggelse (168 timer = 7 døgn) 7: 7 døgn – 28 døgn før innleggelse</p>
Mindre enn fire timer fra symptomdebut til innleggelse	<p>Følgende svaralternativer blir fylt ut av databasen automatisk. 1: Ja 2: Nei</p>
Hvor oppsto hjerneslaget	<p>1: Utenfor sykehus - Pasient som innlegges fra hjemmet, poliklinikk, psykiatrisk institusjon, sykehjem eller rehabiliteringsavdeling.</p> <p>2: I sykehus, ikke prosedyrerelatert – Gjelder pasienter som får akutt hjerneslag under opphold i sykehus, uten relasjon til operasjoner eller prosedyrer.</p> <p>3: I sykehus, prosedyrerelatert – Gjelder pasienter som får sitt hjerneslag under eller innen 24 timer etter alle operative og invasive inngrep som har en prosedyrekode. Gjelder enten pasienten behandles poliklinisk eller innlagt. For operasjoner med langvarig postoperativ sedasjon kan et eventuelt slag defineres som prosedyrerelatert også om det diagnostiseres etter 24 timer.</p>
Hvis utenfor sykehus; Ble AMK/ambulanse varslet?	<p>1: Ja 2: Nei 9: Ukjent</p>
Transportmetode	<p>1: Ambulanse 2: Luftambulanse 3: Kombinasjon av ambulanse og luftambulanse 4: Annet</p>
Avdeling / enhet først innlagt	<p>Oppgi det alternativet som best tilsvarer den aktuelle avdeling der pasienten først ble innlagt.</p> <p>1: Slagenhet Slagenhet defineres som: "En spesialenhet for akutt behandling og akutt rehabilitering av pasienter med hjerneslag." For å benytte benevnelsen slagenhet bør enheten oppfylle de kriterier som har vært tilstede i de slagenheter som er utprøvd, og som har oppnådd positive behandlingseffekter i randomiserte kontrollerte undersøkelser. Ut i fra de "krav" til en "evidence-based" slagenhet, som er utarbeidet av "The Stroke Unit Trialists` Collaboration", er de viktigste kriterier for at en enhet skal kunne benytte benevnelsen slagenhet at enheten har:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et spesialopplært personale • Et systematisk program for: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostikk og utredning. - Repeterende eller kontinuerlig observasjon eller monitorering av vitale funksjoner og nevrologisk status. - Akutt behandling (inkludert behandling for å opprettholde fysiologisk homeostase, antitrombotisk behandling, og forebygging av komplikasjoner) - Tidlig mobilisering og rehabilitering. - Sekundær profylakse. - Tverrfaglig samarbeid. - Opplæring av personalet. - Og at dette programmet følges i den daglige behandling av pasientene. <p>Enheter som ikke oppfyller disse kriteriene bør klassifiseres som</p>

	<p>”annen sengeavdeling” inntil kriteriene er oppfylt.</p> <p>Definisjonen av slagenhet er ikke avhengig av om slagenheten ligger under nevrologisk eller medisinsk avdeling.</p> <p>2: Annen sengeavdeling Man koder 2=annen sengeavdeling dersom pasienten blir innlagt i for eksempel medisinsk, nevrologisk, nevrokirurgisk, intensivavdeling, observasjonsavdeling eller annen avdeling.</p>
Hvis annen avdeling først innlagt, hvilken	<p>Dersom kodet 2=annen sengeavdeling innlagt, spesifiser hvilken sengeavdeling /enhet.</p> <p>1: Medisinsk 2: Nevrologisk 3: Nevrokirurgisk 4: Intensiv- eller annen overvåkingsavdeling 5: Observasjonsavdeling 6: Annen avdeling Man koder 5=observasjonsavdeling dersom pasienten blir innlagt i avdeling for kortvarig observasjon, 0-3 dager.</p>
Overflyttet fra sykehus	<p>1: Ja Pasienten har blitt overflyttet fra annet sykehus. 2: Nei 9: Ukjent</p>
Hvis overflyttet, fra hvilket sykehus?	<p>Spesifiser hvilket sykehus. Sykehusene står oppført alfabetisk, svaralternativet utland og annet under bokstavene u og a. Man får opp alternative sykehus ved å skrive første bokstav i sykehusnavnet.</p>
Dato overflyttet fra sykehus	<p>Datoen pasienten ble overflyttet fra det sykehuset som han først ble innlagt ved for det aktuelle hjerneslaget.</p>

Hvilke undersøkelser og tiltak er utført/**bestilt** under oppholdet?

Det er ikke indikasjon for å utføre alle disse supplerende undersøkelsene på alle pasienter med akutt hjerneslag. Vi ønsker imidlertid å vurdere og sammenligne ressursbruk ved å kartlegge på hvor stor andel av pasienter registrert i Norsk hjerneslagregister en eller flere av disse undersøkelsene blir benyttet. Vi har brukt samlebetegnelsen ultralyd på all bruk av diagnostisk ultralyd, enten det benyttes doppler eller ikke.

Bilddiagnostikk av hjerneslaget (inkludert CT/MR ved innkomst)	1: Ingen 2: CT 3: MRI 4: Både CT og MRI 5: Annen 9: Ukjent
Bilddiagnostikk av ekstrakranielle kar	1: Ingen 2: Ultralyd 3: CT-angio 4: MR-angio 5: Kombinasjon av flere 9: Ukjent
Bilddiagnostikk av intrakranielle kar	1: Ingen 2: Ultralyd 3: CT-angio 4: MR-angio 5: Kombinasjon av flere 9: Ukjent
Bilddiagnostikk av hjerte	1: Ingen 2: Transthorakal ultralyd: Ecco-cor 3: Transøsofageal ultralyd: Ecco-cor 4: MRI 5: Kombinasjon av flere 6: Annen 9: Ukjent NB! Røntgen thorax regnes ikke som bilddiagnostikk av hjerte.
Registrering av hjerterytme	1: Ingen 2: EKG 3: Telemetri / kontinuerlig EKG monitorering 4: Holtermonitorering 5: Kombinasjon av flere 9: Ukjent
Er fysiologisk homeostase kontrollert og behandlet i henhold til sjekkliste for pasientsikkerhetsprogrammet?	1: Ja 2: Nei 3: Ikke relevant 9: Ukjent Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • BT: ved ankomst og x 4 første døgn, 2. døgn: x 2 • Puls: ved ankomst og x 2-4 første døgn, 2. døgn: x 2 • Blodsukker: x 2 første døgn, ved hyperglykemi x 4 • Temperatur: Ved ankomst før kl 14: Temp. ved ankomst + x 2 Ved ankomst etter kl 14: Temp. v/ankomst + x 1 • Væskebalanse: væske intravenøst 1-2 liter første døgn. Ikke glukose første 24 timer • Oksygen: Gi gradert O2 ved SaO2 < 95 % med mål om metning 97-99 % Se ellers sjekkliste for pasientsikkerhetsprogrammet.

Er svelgefunksjonen vurdert/testet (før peroral føde)?	1: Ja 2: Nei 3: Ikke relevant 9: Ukjent Kryss av for «3=Ikke relevant» dersom pasienten er komatøs eller ikke skal ha mat per os.
Er pasienten mobilisert ut av seng?	1: Ja – Dersom pasienten er mobilisert ut av seng i løpet av de første 24 timer etter innleggelse. 2: Nei 9: Ukjent
Har pasienten fått en tverrfaglig vurdering?	1: Ja (dersom det i tillegg til lege og sykepleier er andre fagpersoner som har vurdert pasienten under sykehusoppholdet) 2: Nei 9: Ukjent

Utskriving

Utskrivingsdato	Datoen pasienten skrives ut fra sykehuset, registreres ferdigbehandlet i påvente av sykehjem/rehabilitering, og/eller overføres til annen avdeling/institusjon for etterbehandling/rehab.
Avdeling utskrevet fra	1: Slagenhet - Definert som en spesialenhet for akutt behandling og akutt rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Enheten må oppfylle visse kriterier for å benytte benevnelsen Slagenhet (se veiledning side 11). 2: Annen sengeavdeling - For eksempel Medisinsk, Nevrologisk, Nevrokirurgisk, Intensivavdeling, Observasjonsavdeling, Annen avdeling.
Hvis utskrevet fra annen avdeling, hvilken?	1: Medisinsk 2: Nevrologisk 3: Nevrokirurgisk 4: Intensivavdeling 5: Observasjonsavdeling 6: Annen avdeling

Utskrives til	<p>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp</p> <p>2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp</p> <p>Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringing.</p> <p>3: Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester</p> <p>Omfatter alle boligformer med døgnkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede kodes 3 dersom boligen har døgnkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig.</p> <p>4: Sykehjem</p> <p>Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten får sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4.</p> <p>5: Annen avdeling for videre behandling</p> <p>6: Annen avdeling i påvente av sykehjem/rehabilitering</p> <p>7: Rehabiliteringsavdeling/-institusjon – inkludert rehabilitering i sykehjem</p> <p>8: Opptreningscenter (rehabiliteringssenter, kurbad)</p> <p>9: Ukjent</p> <p>10: Død i løpet av oppholdet</p> <p>11: Annet (For svaralternativ 11 fylles en spesifikasjon inn)</p> <p>Oppgi hvor pasienten reiser etter utskriving fra den avdelingen som behandlet pasienten i akuttfasen (første 7 dager).</p> <p>Alternativ 5 og 6 gjelder for alle typer sykehusavdelinger, unntatt rehabiliteringsavdelinger.</p>
Antall dager innlagt	Antall dager blir automatisk utregnet
Eventuelt morsdato	Oppgi alltid dato dersom pasienten dør under sykehusoppholdet.
Obdusert	Oppgi om pasienten blir obdusert ved mors under opphold. 1: Ja 2: Nei 9: Ukjent
Oppfølging av et tverrfaglig team i forbindelse med utskriving fra sykehus?	1: Ja – Pasienten har fått individuell vurdering og oppfølging av et tverrfaglig team som sikrer kontinuitet og samhandling i overgangsfasen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ved utskriving til hjemmet. 2: Nei 9: Ukjent
Hvis 1:Ja (på «oppfølging av et tverrfaglig team i forbindelse med utskriving fra sykehus»)	Sett ett kryss: <input type="checkbox"/> Team organisatorisk tilknyttet sykehus <input type="checkbox"/> Team organisatorisk tilknyttet kommune

OPPFØLGINGSSKJEMA – 3 måneder etter innleggelse

Hvis den som registrerer tar kontakt med pasienten mer enn 3 måneder etter innleggelsestidspunktet, må pasienten prøve å se tilbake hvordan han hadde det tre måneder etter hjerneslaget. Dersom pasienten er død etter utskrivning skal man åpne et oppfølgings skjema og krysse av for "død" under "årsak" til at oppfølging ikke er utført. Dersom pasienten skrives ut til «død i løpet av oppholdet» blir det automatisk opprettet et oppfølgings skjema som må ferdigstilles.

Er oppfølging utført	<p>1: Ja 2: Nei</p> <p>Hvis nei, fyll inn "Årsak": 1: Får ikke tak i pasienten 2: Pasienten ønsker ikke å svare 3: Død 4: Annet</p> <p>Hvis "4: Annet": spesifiser På grunn av at det er flere sykehus som foretar oppfølgingen gjennom å sende skjemaet til pasientene per brev er variabelen «Er oppfølging utført» fjernet fra papirskjemaet.</p>
Oppfølgingsdato	Tidspunkt for 3 måneders oppfølging
Antall dager mellom innleggelse og oppfølging	Fylles automatisk inn

Pasientstatus

Boligforhold	<p>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp 2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringning. 3: Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester Omfatter alle boligformer med døgnkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede, kodes 3 dersom boligen har døgnkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig. 4: Sykehjem Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4. 9: Ukjent</p>
Sivilstatus	<p>1: Gift/samboende 2: Enke/enkemann 3: Enslig 9: Ukjent</p>
Bosituasjon	<p>1: Bor alene. Man koder "1" om pasienten bor alene i egen bolig eller omsorgsbolig. 2: Bor sammen med noen. Gjelder også aldershjem 3: Bor i sykehjem/institusjon. Man koder 3=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 3. 9: Ukjent</p>

Reinnleggelser og rehabilitering etter utskriving

Innlagt sykehus etter utskriving?	1: Hele tiden innlagt 2: Reinnlagt for nytt slag 3: Reinnlagt annen årsak 4: Ikke reinnlagt
Hvis reinnlagt for nytt slag, hvilken type slag?	1: Infarkt 2: Blødning 9: Ukjent
Er du operert i halspulsåre?	1: Ja 2: Nei 9: Ukjent
Rehabilitering etter utskriving	Flere alternativer er mulig: Ingen Døgnopphold i rehabiliteringsavdeling Opptreningsssenter (rehabiliteringssenter, kurbad) Døgnrehabilitering i sykehjem – inkludert intermedisær-enheter Dagrehabilitering Hjemmerehabilitering Rehabilitering i fysikalsk institutt Behandling hos logoped Ukjent Annet - Spesifiser

Hjelp i daglige gjøremål

Hjelp i daglige gjøremål (ADL) (flere alternativer mulig)	Flere alternativer mulig: Ingen Familie Hjemmehjelp Hjemmesykepleie Institusjon Andre
---	---

Spesielle funksjoner

Forflytning	1: Alene – ute og inne 2: Alene inne 3: Med hjelp 9: Ukjent
Toalettbesøk	1: Alene 2: Med hjelp 9: Ukjent
Påkledning	1: Alene 2: Med hjelp 9: Ukjent

Vurdering av oppfølging og livskvalitet etter hjerneslaget

Har du problemer med å lese og skrive (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?	1: Ja 2: Nei 9: Ukjent
Har du problemer med å svelge (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?	1: Ja 2: Nei

	9: Ukjent
Har du problemer med å snakke (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent "Om pasienten har språk- og eller taleproblemer etter hjerneslaget."
Har du synsproblemer (som ikke var tilstede før hjerneslaget)?	1: Ja – skal bare registrere synsproblemer som har oppstått i forbindelse med det aktuelle hjerneslaget, og ikke synsproblemer av andre årsaker, for eksempel grå/grønn stær. 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 - Man koder "røyker" dersom pasienten har brukt tobakksprodukter før innleggelsen. Dette gjelder sigaretter/sigarer og/eller pipe. Eks-røyker vil si at pasienten sluttet å røyke minst en måned før innleggingsdato. Øvre grense for eks-røykere finnes ikke. Sluttet pasienten for over 40 år siden skal han fortsatt betegnes som eks-røyker. Hvis pasienten sluttet å røyke for mindre enn en måned før innleggingsdato skal han defineres som røyker i registeret. 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
Modified Rankin Scale (0-6) (se vedlegg)	0: Ingen symptomer 1: Ingen betydelig funksjonssvikt 2: Lett funksjonssvikt 3: Moderat funksjonssvikt 4: Alvorlig funksjonssvikt 5: Svært alvorlig funksjonssvikt 6: Død

Besvart av

Kryss av for følgende alternativer (flere alternativer mulig)	Pasient Familie Helsepersonell Andre – Spesifiser
---	--

Hvordan ble oppfølgings skjema etter 3 måneder registrert?

Kryss av for ett av følgende alternativer	1: Per telefon 2: Per brev 3: Ved besøk på poliklinikk
---	--

AKTUELLE SPØRSMÅL OG SVAR

Hvordan får vi med alle pasienter innen sykehuset med diagnosen hjerneslag?

Den mest effektive måten for å fange opp samtlige hjerneslagtilfeller er at man regelmessig benytter lister fra det elektroniske pasientadministrative system. Det er derfor ønskelig at den med hovedansvar for registreringen ved hvert sykehus har tilgang til slike lister.

Er det viktig at alle pasienter som kommer til sykehuset med akutt hjerneslag blir registrert?

Ja, ellers blir ikke data pålitelige og sammenlignbare. Vi ønsker å få registrert alle pasienter med akutt hjerneslag som innlegges innen 28 døgn etter symptomdebut. Har en pasient blitt innlagt, undersøkt av lege og fått slagdiagnose, men dør like etter, skal pasienten også registreres. En pasient som dør før ankomst til sykehuset skal imidlertid ikke registreres. Hos pasienter som dør raskt etter innleggelse, vil opplysninger ofte mangle, manglende opplysninger på skjemaet kodes 9=vet ikke/ukjent.

Dersom en pasient får diagnosen hjerneslag uten å bli skrevet inn på sykehus, skal pasienten likevel registreres?

Nei, registreringen gjelder bare pasienter som blir innlagt på sykehus innen 28 døgn etter symptomdebut.

Hva gjør vi med registreringen ved ferieavvikling?

Det er viktig å innføre prosedyrer som sikrer registrering hele året. Informer derfor kollegaer om at det også skal registreres ved ferieavvikling.

Hvordan registrerer vi pasienter som blir overflyttet til andre sykehus?

Hvis behandlingen skjer på ulike sykehus, skal hele behandlingsperioden (akuttfasen med oppfølging) som hovedregel registreres på det sykehuset som har behandlet pasienten lengst. Oppfølgingen etter 3 måneder kan bare registreres på samme sykehus som har fylt ut akuttskjemaet.

Dersom pasienten blir sendt fra sitt lokalsykehus til et annet sykehus for å motta trombolysbehandling, trombektomi eller annen prosedyre, for deretter å bli sendt tilbake til lokalsykehuset, anbefales at behandlingsforløpet registreres på lokalsykehuset. Tilsvarende gjelder for pasienter som først blir innlagt ved et annet sykehus enn lokalsykehuset, og som snart etter utført trombolys, trombektomi eller annen prosedyre blir sendt til sitt lokalsykehus. Ved en slik overflytting må "prosedyresykehus" benytte "Følgeskjema for sykehus som overfører pasienter til annet sykehus" for registrering av utført prosedyre. Skjemaet føres kun i papirversjon av "prosedyresykehus" og følger pasienten ved overflytting til lokalsykehus for elektronisk innregistrering i hovedskjema.

For "prosedyresykehus" som ønsker å registrere hele behandlingsforløpet må det, for å unngå dobbeltregistrering, utarbeides klare rutiner mellom de aktuelle sykehus angående elektronisk innregistrering og oppfølging etter 3 måneder av pasienter som overflyttes. Hvert slagtilfelle skal bare registreres av ett sykehus. Ved tvilstilfeller er det avgjørende at sykehusene blir enige seg i mellom.

Norsk hjerneslagregister skal belyse kvaliteten i hele behandlingsskjeden, og all informasjon knyttet til trombolys, trombektomi og hemikraniektomi vil kunne hentes ut på sykehusnivå ved behov.

Hvordan registrerer vi "pasientopplevde data" når pasientens svar ikke stemmer med virkeligheten?

Registrer pasientens svar – ikke endre på det! Svar fra pasientene er ingen objektive harde data, og klassifiseres derfor alltid som subjektive "opplevdesdata".

Er det krav om journalføring av oppfølging av pasienten tre måneder etter slaget?

Nei, ikke ved oppfølging per brev eller telefon, kun ved oppfølging på poliklinikk.

Vedlegg 1: MODIFIED RANKIN SCALE

0 - Ingen symptomer i det hele tatt.

Pasienten skal ikke ha noen begrensninger eller symptomer.

1 - Ingen betydningsfull funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før.

Pas har noen symptomer, enten fysiske eller kognitive, f. eks affeksjon av språk/tale, evne til å lese/skrive, fysisk mobilitet, sensibilitet, syn, svelg, humør, men kan fortsette å ta del i alt tidligere arbeid, sosial- eller fritidsaktiviteter.

Det avgjørende spørsmålet for å skille mellom 1 og 2 kan være:

Klarer pasienten alle aktiviteter som han før gjorde mer enn månedlig?

2 - Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer sine daglige gjøremål.

Pasienten kan ikke lenger gjøre en del av de aktivitetene som han/hun tidligere vanligvis har gjort. (F. eks kjøre bil, danse, lese, arbeide), men klarer fortsatt å ta vare på seg selv uten hjelp fra andre fra dag til dag. Pasienten kan klare påkledning, forflytning, matlaging/spisesituasjon, toalettbesøk, lage enkle måltider, handle og reise i lokalmiljøet uten å måtte motta hjelp eller tilsyn fra andre. Pasienten skal kunne være overlatt til seg selv alene hjemme i en uke eller mer uten bekymring.

3 - Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp.

Pas trenger ikke hjelp til forflytning/gange (selvstendig forflytning med og uten hjelpemiddel som stokk, rullator). Klarer påkledning, toalettbesøk og å spise etc, men trenger hjelp til mer komplekse aktiviteter. Noen andre må handle, lage mat, vaske – og må besøke pasienten oftere enn ukentlig for å sørge for at disse aktivitetene er gjennomført. Assistansen kan være fysisk eller rådgivende, f. eks pasienten trenger tilsyn eller motivering for å klare finansielle gjøremål.

4 - Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp og klarer ikke å ivareta sine grunnleggende behov uten hjelp.

Pasienten må ha hjelp fra andre til noen daglige aktiviteter, f. eks gange, påkledning, toalett, spise. Pasienten blir besøkt minst en og vanligvis to eller flere ganger daglig, eller må bo i nærheten av en hjelper. For å skille 4 fra grad 5 – ta stilling til om pasienten kan bli latt alene for moderate perioder i løpet av dagen.

5 - Svært alvorlig funksjonssvikt; sengeliggende og trenger konstant tilsyn og hjelp.

Noen andre må alltid være tilgjengelig på dagtid og noen ganger i løpet av natten – denne trenger ikke være en sykepleier.

6 - Død.

Referanse: Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age 60. 2. Prognosis. Scottish Medical Journal 1957;2:200-215

Vedlegg 2: NIH STROKE SCALE (NIHSS)

Personnr.: _____ Namn: _____ Dato: _____ Tid: _____

Benytt første respons som mål for funksjonen. Ikke instruer pasienten (med mindre det er spesifisert i teksten). Noen punkter scores bare hvis de er tilstede		Poeng
1a	Bevissthetsnivå 0 = Våken 1 = Døsig, reagerer adekvat ved lett stimulering 2 = Døsig, reagerer først ved kraftigere/gjentatt stimulering 3 = Reagerer ikke, eller bare med ikke-måltrettet bevegelse	
1b	Orientering (spør om måned + alder) 0 = Svarer riktig på to spørsmål 1 = Svarer riktig på ett spørsmål (eller ved alvorlig dysartri) 2 = Svarer ikke riktig på noe spørsmål	
1c	Respons på kommando (lukke øyne + knytte hånd) 0 = Utfører begge kommandoer korrekt 1 = Utfører en kommando korrekt 2 = Utfører ingen korrekt	
2	Blikkbevegelse (horisontal bevegelse til begge sider) 0 = Normal 1 = Delvis blikkparese (eller ved øyemuskelparese) 2 = Fiksert blikkreining til siden eller total blikkparese	
3	Synsfelt (bevege fingre/fingertelling i laterale synsfelt) 0 = Normalt 1 = Delvis hemianopsi 2 = Total hemianopsi 3 = Bilateral hemianopsi	
4	Ansikt (vise tenner, knipe igjen øynene, løfte øyenbryn) 0 = Normal 1 = Utvisket nasolabialfure, asymmetri ved smil 2 = Betydelig lammelse i nedre ansiktshalvdel 3 = Total lammelse i halve ansiktet (eller ved koma)	
5	Kraft i armen (holde armen utstrakt 45° i 10 sekunder) 0 = Normal (også ved "ikke testbar") 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Kun små muskelbevegelser, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse	Høyre arm
		Venstre arm
6	Kraft i benet (holde benet utstrakt 30° i 5 sekunder) 0 = Normal (også ved ikke testbar) 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Ingen bevegelse mot tyngdekraften, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse	Høyre ben
		Venstre ben
7	Koordinasjon/ataksi (finger-nese-prøve/hæl-kne-prøve) 0 = Normal (også ved ikke testbar eller koma) 1 = Ataksi i arm eller ben 2 = Ataksi i arm og ben	
8	Hudfølelse (sensibilitet for stikk) 0 = Normal 1 = Lettere sensibilitetsnedsettelse 2 = Markert sensibilitetsnedsettelse (også ved koma, tetraparese)	
9	Språk/afasi (spontan tale, taleforståelse, leseforståelse, benevning) 0 = Normal 1 = Moderat afasi, samtale mulig 2 = Markert afasi, samtale svært vanskelig eller umulig 3 = Ikke språk (også ved koma)	
10	Tale/dysartri (spontan tale) 0 = Normal 1 = Mild – moderat dysartri 2 = Nær uforståelig tale eller anartri (også ved koma)	
11	Neglect (bilateral simultan stimulering av syn og hudsensibilitet) 0 = Normal (også ved hemianopsi med normal sensibilitet) 1 = Neglekt i en sansemodalitet 2 = Neglekt i begge sansemodaliteter	
Total NIHSS-score		

Vedlegg 3: Veiledning for NIH stroke scale

1a Bevissthetsnivå – "Lett stimulering" betyr tilsnakk eller forsiktig berøring. "Kraftigere/gjentatt stimulering" betyr kraftig berøring eller smertestimulering.

1b Orientering – Spør om måneden og alder. Bruk det første svaret. Svaret må være helt korrekt. Pasienter med alvorlig dysartri scorer 1. Afatiske/komatøse pasienter scorer 2.

1c Respons på kommando – Be pasienten åpne øynene og så å lukke øynene, deretter knytte hånden og så åpne hånden. Første kommando brukes for å få øyne/hånd i standardisert testposisjon. Dersom pasienten gjør et entydig forsøk på å følge kommando, scores dette som utført. Hvis pasienten ikke reagerer på kommando kan ønsket respons demonstreres av undersøkeren. En kommando korrekt = 1, to kommandoer = 2.

2 Blikkbevegelse – Test horisontale øyebevegelser, voluntært eller reflektorisk (oculocephal refleks). Unormale funn i ett (isolert øyemuskelparese) eller begge øyne scorer 1. En fiksert blikkdreining til siden (som ikke kan overvinnes ved oculocephal manøver) scorer 2. Kalorisk testing utføres ikke.

3 Synsfelt – Test øvre og nedre laterale synsfelt ved hjelp av fingerbevegelse, fingertelling eller plutselige (truende) bevegelser inn fra siden i synsfeltet. Hvis pasienten ser mot den siden hvor fingrene bevegges, scorer dette som 0=normal. En entydig asymmetri i funnene scorer 1. Blindhet scorer 3. Test bilateral simultan stimulering av syn – hvis pasienten har "neglekt" scores 1 og resultatet benyttes også til å besvare punkt 11.

4 Ansikt – Instruer eller demonstrer å vise tenner, løfte øyenbrynene og lukke øynene. Hos stuporøse pasienter eller pasienter som ikke forstår instruksjonene, benyttes reaksjon/grimasering på smertestimuli som grunnlag for scoring. Komatøse pasienter scorer 3.

5 Kraft i armen – Test hver arm for seg, først den friske armen. Hjelp pasienten til å holde armen utstrakt i 45° vinkel med håndflaten ned, slipp armen og score bevegelsen. Ved brudd/amputasjon scores 0.

6 Kraft i benet – Test hvert ben for seg, først det friske benet. Hjelp pasienten til å holde benet utstrakt i 30° vinkel, slipp benet og score bevegelsen. Ved brudd/amputasjon scores 0.

7 Koordinasjon/ataksi – Test finger – neseprøve og hæl-kneprøve på begge sider. Ataksi scores kun dersom den er entydig til stede og mer uttalt enn den usikkerheten som følger av pasientens pareser. Ved paralyse eller hos pasienter som ikke klarer å følge instruksjonen, scores 0 = normal. Komatøse pasienter scorer 0.

8 Hudfølelse – Test sensibilitet for stikk (tannstikker). Test overarmer, kropp, lår (men ikke hender og føtter pga. mulig polynevropati). Markert sensibilitetstap scores kun når det er entydig til stede. Stuporøse og afatiske pasienter scores vanligvis 0 eller 1. Pasienter med hjernestammeinfarkt og bilateralt sensibilitetstap, eller komatøse pasienter, scores 2.

Be pasienten lukke øynene og angi (med ord og peking) i hvilken kroppshalvdel du stikker. Test først ene kroppshalvdelen, deretter andre kroppshalvdelen, og så (absolutt samtidig) begge kroppshalvdeler. Hvis pasienten ikke registrerer at stikkene utføres samtidig på begge sider, har pasienten neglekt og resultatet føres under pkt. 11.

9 Språk/afasi – Pasienten skal formelt scores etter standardiserte bilder og (engelske) setninger. I praksis testes språket ved å vurdere spontan tale og taleforståelse. Leseforståelse testes ved å skrive med store bokstaver "lukke øynene" på et papir og be pasienten gjøre det som står på lappen. Benevninng testes ved at pasienten sier navnet på forskjellige gjenstander. Samlet språkvurdering går på om samtale er "mulig" eller "svært vanskelig eller umulig". Komatøse pasienter scorer 3.

10 Tale/dysartri – Pasienten skal formelt scores etter standardiserte bilder og (engelske) setninger. I praksis testes tale gjennom samtale med pasienten. Pasienter som ikke har språk, som ikke kan forstås på en meningsfylt måte, eller er komatøs, scorer 2. Alle andre lettere grader av dysartri scorer 1.

11 "Neglekt"/Ekstinksjon – Se punktene 3 og 8. Hvis pasienten har betydelig synstap (hemianopsi) og sensibiliteten er normal, scores 0 = normal. Hvis pasienten er afatisk, men har oppmerksomhet mot begge sider, scores 0 = normal. Pasienter som entydig neglisjerer halvdel av rommet (selv om de ikke har ekstinksjon ved visuell/sensorisk testing) scores 1. Komatøse pasienter scores 2.

En score med det dårligste alternativet på alle undersøkelser vil gi 42 poeng, men i praksis vil 40 poeng være maksimum score ettersom komatøse pasienter skårer 0 på koordinasjon.

Vedlegg 4: Medikamentliste i alfabetisk rekkefølge

Medikament	Gruppe	Medikament	Gruppe
Acetylsalisylsyre	ASA	Lasix Retard	Diuretikum
Actilyse	Trombolytikum	Lerkandipin	Kalsiumantagonist
Adalat / Adalat Oros	Kalsiumantagonist	Lescol	Statin
Albyl-E	ASA	Lestid	Lipidsenkende
Aldactone	Diuretika	Lipitor	Statin
Alea	All-antagonist, Kalsiumantagonist	Lisinopril	ACE-hemmer
Amias	All-antagonist	Lisinopril / Hydrochlorthiazid	ACE-hemmer + Diuretikum
Amlodipin / Amlodipin Sandoz	Kalsiumantagonist	Lodoz	Betablokker + Diuretikum
Angiox	Trombinhemmer	Lomir / Lomir SRO	Kalsiumantagonist
Aprovel	All-antagonist	Losartan / Losartan Orifarm	All-antagonist
Arixtra	Trombinhemmer	Losartan-Hydrochlorthiazide	All-antagonist + Diuretikum
Asasantin retard	ASA + Dipyridamol	Losartan/HCT Orifarm	All-antagonist + Diuretikum
Aspirin	ASA	Lovastatin	Statin
Atacand	All-antagonist	Marevan	Warfarin
Atacand Plus/ Atacand Plus Mite	All-antagonist + Diuretikum	Metalyse	Trombolytikum
Atenativ	Heparin	Metoprolol /Metoprolol Sandoz	Betablokker
Atenolol	Betablokker	Micardis	All-antagonist
Atorvastatin	Statin	MicardisPlus	All-antagonist + Diuretikum
Axanum	ASA	Moduretic mite	Diuretikum
Benetor	All-antagonist	Nimotop	Kalsiumantagonist
Benetor Comp	All-antagonist + Diuretikum	Normorix mite	Diuretikum
Bisoprolol	Betablokker	Norvasc	Kalsiumantagonist
Brevibloc	Betablokker	Novastan	Trombinhemmer
Brilique	ADP-reseptorblokker	Olmotec	All-antagonist
Burinex	Diuretikum	Olmotec Comp	All-antagonist + Diuretikum
Candemox Comp	All-antagonist + Diuretikum	Omacor	Lipidsenkende
Candesartan Aspen / Krka / Orion		Perindoprilarginin servier	ACE-hemmer
Candesartan/Hydrochlorthiazide	All-antagonist + Diuretikum	Persantin/Persantin retard	Dipyridamol
Captopril	ACE-hemmer	Plavix	Klopidogrel, ADP-reseptorblokker
Cardizem Retard / Cardizem Uno	Kalsiumantagonist	Plendil	Kalsiumantagonist
Carvedilol	Betablokker	Pradaxa	Trombinhemmer
Centyl	Diuretikum	Pranolol	Betablokker
Cholestagel	Lipidsenkende	Pravachol	Statin
Clopidogrel	ADP-reseptorblokker	Pravastatin	Statin
CoAprovel	All-antagonist + Diuretikum	Questran	Lipidsenkende
Corixil	All-antagonist + Diuretikum	Ramipril / Ramipril HEXAL	ACE-hemmer
Cozaar	All-antagonist	Remodulin	Blodplateaggregasjonshemmer.
Cozaar Comp /Cozaar Comp Forte	All-antagonist + Diuretikum	Renitec	ACE-hemmer
Crestor	Statin	Renitec Comp / Comp Mite	ACE-hemmer + Diuretikum
Diovan	All-antagonist	Samsca	Diuretikum
Diovan Comp	All-antagonist + Diuretikum	Seloken	Betablokker
Dispril	ASA	Selo-Zok	Betablokker
Diural	Diuretikum	Sevikar	All-antagonist, Kalsiumantagonist
Efient	ADP-reseptorblokker	Simvastatin	Statin
Eliquis	Antitrombotisk middel	Sortis	Statin
Emconcor	Betablokker	Sotalol	Betablokker
Enalapril Krka / Enalapril Sandoz	ACE-hemmer	Spirix	Diuretika
Enalapril comp	ACE-hemmer + Diuretikum	Tenormin	Betablokker
Esidrex	Diuretikum	Teveten	All-antagonist
Ezetrol	Lipidsenkende	Teveten Comp	All-antagonist + Diuretikum
Exforge	All-antagonist, Kalsiumantagonist	Ticlid	Klopidogrel, ADP-reseptorblokker
Felodipin / Felodipin HEXAL	Kalsiumantagonist	Trandate	Betablokker
Fragmin	Heparin	Triatec	ACE-hemmer
Furix / Furix Retard	Diuretikum	Uniloc	Betablokker
Furosemid	Diuretikum	Valsartan / Valsartan Sandoz	All-antagonist
Gopten	ACE-hemmer	Valsartan/Hydrochlorthiazid	All-antagonist + Diuretikum
Globoid	ASA	Valsartan/Hydrochlorthiazide Sandoz	All-antagonist + Diuretikum
Hepaflex	Heparin	Verakard	Kalsiumantagonist
Heparin	Heparin	Xarelto	Annen antikoagulasjon
Hypoloc	Betablokker	Zanidip	Kalsiumantagonist
Inderal retard	Betablokker	Zanipress	ACE-hemmer + kalsiumantagonist
Inegy	Statin – lipidsenkende	Zestoretic / Zestoretic mite	ACE-hemmer + Diuretikum
Innohep	Heparin	Zestril	ACE-hemmer
Inspra	Diuretikum	Zocor	Statin
Irbesartan	All-antagonist	Zofenil / Zofenil Comp	ACE-hemmer
Irbesartan/Hydroklortiazid	All-antagonist + Diuretikum	NB! Ved kombinasjonspreparater registreres begge medikamenttypene. For eksempel er Renitec Comp både en ACE-hemmer og et diuretikum, og begge gruppene skal derfor registreres.	
Isoptin / Isoptin Retard	Kalsiumantagonist		
Klexane	Heparin		

