

Fødselsnummer

Telefon

Navn

Pasientstatus

Oppfølgingsdato

Dato for ferdig utfylling av skjema.
Dersom skjemaet fylles ut av både
pasient og helsepersonell på ulike datoer
registreres dato for ferdig utfylling.

<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
døgnkontinuerlige tjenester
- 4 Sykehjem, både 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

Har du vært til kontroll for hjerneslaget i sykehus (fysisk eller elektronisk konsultasjon)?

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

Har du vært til kontroll for hjerneslaget hos fastlege?

- 1 Ja 2 Nei 9 Ukjent

Opplever du like god livskvalitet etter hjerneslaget som før hjerneslaget?

- 1 Ja 2 Nei 9 Ukjent

Tar du medisin mot høyt blodtrykk?

- 1 Ja 2 Nei 9 Ukjent

Tar du blodfortynnende medisin mot blodpropp?

- 1 Ja 2 Nei 9 Ukjent

Hvilket blodfortynnende medikament står du på?

(Flere alternativer mulig)

- Acetylsalisylsyre
 Albyl E
 Aponova
 Aspirin
 Brilique
 Clopidogrel
 Diprasorin
 Diprasorin (Orion)
 Efient
 Eliquis
 Lixiana
 Marevan
 Persantin
 Plavix
 Pradaxa
 Ticlid
 Xarelto
 Ukjent hvilket medikament

Tar du medisin mot høyt kolesterol?

- 1 Ja 2 Nei 9 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 Ukjent

Er du yrkesaktiv nå?

- 1 Ja 2 Nei 9 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 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 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 hjelp
 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 depriment
- 2 Jeg er litt engstelig eller depriment
- 3 Jeg er middels engstelig eller depriment
- 4 Jeg er svært engstelig eller depriment
- 5 Jeg er ekstremt engstelig eller depriment

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 poliklinikk (fysisk eller elektronisk konsultasjon)
- 4 Annet