

Personnummer:	Namn:	Enhet:	Datum:
----------------------	--------------	---------------	---------------

<p>Trycksår vid riskbedömning</p> <p>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bakhuvud</td> <td><input type="checkbox"/> Armbåge vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl höger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra höger</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam höger</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl vänster</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Häl höger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra höger</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum</td> <td><input type="checkbox"/> Häl vänster</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra vänster</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger</td> <td><input type="checkbox"/> Annat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Armbåge höger</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster</td> <td></td> </tr> </table> <p>Såret uppstod: På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Bakhuvud	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger	<input type="checkbox"/> Öra höger	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster	<input type="checkbox"/> Öra vänster	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster	<input type="checkbox"/> Häl höger	<input type="checkbox"/> Skuldra höger	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum	<input type="checkbox"/> Häl vänster	<input type="checkbox"/> Skuldra vänster	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Armbåge höger	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster		<p>Kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud. 2 Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa. 3 Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian. 4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.
<input type="checkbox"/> Bakhuvud	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger																	
<input type="checkbox"/> Öra höger	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster																	
<input type="checkbox"/> Öra vänster	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster	<input type="checkbox"/> Häl höger																	
<input type="checkbox"/> Skuldra höger	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum	<input type="checkbox"/> Häl vänster																	
<input type="checkbox"/> Skuldra vänster	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger	<input type="checkbox"/> Annat																	
<input type="checkbox"/> Armbåge höger	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster																		

Risk Assessment Pressure Sores (RAPS)
SKL's patientsäkerhet - nutrition
SKL's patientsäkerhet - fall

<p>Allmäntillstånd</p> <p>Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1</p> <p>Fysisk aktivitet</p> <p>Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen hela dagen 2 Sängliggande 1</p> <p>Rörelseförmåga</p> <p>Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1</p> <p>I vilken grad huden utsätts för fukt</p> <p>Torr eller normal fuktighet 4 Ibland fuktig 3 Ofta fuktig 2 Ständigt fuktig 1</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Födointag</td> <td>Vätskeintag</td> </tr> <tr> <td>Normal portion 4</td> <td>> 1000 ml/dag 4</td> </tr> <tr> <td>¾ portion 3</td> <td>> 700 - <1000 ml/dag 3</td> </tr> <tr> <td>Halv portion 2</td> <td>> 500 - <700 ml/dag 2</td> </tr> <tr> <td>< en halv portion 1</td> <td>< 500 ml/dag 1</td> </tr> </table> <p>Känsl</p> <p>Fullgod 4 Något nedsatt 3 Mycket nedsatt 2 Saknar känsl 1</p> <p>Kroppstemperatur</p> <p>Afebril 4 Subfebril 3 Febril 2 Låg temperatur 1</p>	Födointag	Vätskeintag	Normal portion 4	> 1000 ml/dag 4	¾ portion 3	> 700 - <1000 ml/dag 3	Halv portion 2	> 500 - <700 ml/dag 2	< en halv portion 1	< 500 ml/dag 1	<p>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare om:</p> <p>Har du/personen gått ner i vikt? (Ofrivillig vikt förlust oavsett tidsförlopp och omfattning)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Kan du/personen äta som vanligt? (Åtsvårigheter kan exempelvis orsakas av aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem eller motoriska funktionsnedsättningar)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Body Mass Index (BMI)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> </table> <p>< 70 år med BMI mindre än 20 = underviktig ≥ 70 år med BMI mindre än 22 = underviktig</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	Längd:	Vikt:	BMI:	<p>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare:</p> <p>Har personen fallit under senaste året?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Fråga personal (dag och natt):</p> <p>Tror du denna person kommer att falla under sin vistelse här om ingen förebyggande åtgärd sätts in?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>
Födointag	Vätskeintag														
Normal portion 4	> 1000 ml/dag 4														
¾ portion 3	> 700 - <1000 ml/dag 3														
Halv portion 2	> 500 - <700 ml/dag 2														
< en halv portion 1	< 500 ml/dag 1														
Längd:	Vikt:	BMI:													
Summa:	Summa antal riskfaktorer	Summa antal Ja:													
31 poäng eller mindre (inkl. S-albumin bedöms) = risk för trycksår 29 poäng eller mindre (exkl. S-albumin) = risk för trycksår	Risk för undernäring föreligger vid en eller flera av dessa riskfaktorer	Ja på minst en fråga = risk för fall													
Bedömning gjord av: _____															

Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____

Personnummer:	Namn:	Enhet:	Datum när åtgärderna planerades:
----------------------	--------------	---------------	---

Trycksår	Undernäring	Fall
<p>Omgivningsanpassning</p> <input type="checkbox"/> Kroppspositionering i säng/stol <input type="checkbox"/> Bruk av tryckavlastande hjälpmedel <input type="checkbox"/> Minskning av skjuveffekt <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Omgivningsanpassning	<p>Nutritionsbehandling</p> <input type="checkbox"/> Individuellt anpassad kost <input type="checkbox"/> Berikad kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassad kost <input type="checkbox"/> Kosttillägg <input type="checkbox"/> Minska nattfastan till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral näringstillförsel via sond <input type="checkbox"/> Parenteral näringstillförsel <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Nutritionsbehandling	<p>Muskelfunktions och styrketräning</p> <input type="checkbox"/> Styrketräning <input type="checkbox"/> Balansträning <input type="checkbox"/> Gångträning <input type="checkbox"/> Träning av fysisk prestationsförmåga <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning
<p>Lägesändring</p> <input type="checkbox"/> Regelbundna lägesändringar <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning – ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Lägesändring	<p>Åtstödjande åtgärder</p> <input type="checkbox"/> Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation <input type="checkbox"/> Uppmuntran och påstötning <input type="checkbox"/> Matning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Träning i att äta och dricka <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Åtstödjande åtgärd	<p>Läkemedelsgenomgång</p> <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång
<p><input type="checkbox"/> Bedömning av huden en gång per dag eller oftare</p> <p><input type="checkbox"/> Hudvård</p> <p>Nutritionsbehandling</p> <input type="checkbox"/> Individuellt anpassad kost <input type="checkbox"/> Berikad kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassad kost <input type="checkbox"/> Kosttillägg <input type="checkbox"/> Minska nattfastan till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral näringstillförsel via sond <input type="checkbox"/> Parenteral näringstillförsel <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Nutritionsbehandling	<p>Övervakning av närings- och vätskeintag</p> <input type="checkbox"/> Registrering av näringsintag och vätskeintag <= 3 dygn <input type="checkbox"/> Registrering av näringsintag och vätskeintag > 3 dygn <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Övervakning av närings- och vätskeintag	<p>Förflyttning och personlig vård</p> <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning <input type="checkbox"/> Assistans vid förflyttning <input type="checkbox"/> Stöd vid personlig vård <input type="checkbox"/> Assistans vid personlig vård <input type="checkbox"/> Träning av på- och avklädning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Förflyttning och personlig vård
<p>Smärtlindring</p> <input type="checkbox"/> Bedömning av smärta <input type="checkbox"/> Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/> Ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Smärtlindring	<p>Läkemedelsgenomgång</p> <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång	<p>Omgivningsanpassning</p> <input type="checkbox"/> Anpassning av möbler och inventarier <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Träning i att använda hjälpmedel <input type="checkbox"/> Anpassning av belysning och ljud <input type="checkbox"/> Larm <input type="checkbox"/> Extra tillsyn <input type="checkbox"/> Höftskyddsbyxor <input type="checkbox"/> Stadiga skor och/eller antihalksockor <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Omgivningsanpassning
<p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder - Trycksår</p>	<p>Viktkontroll</p> <input type="checkbox"/> Vägning 1 gång per vecka <input type="checkbox"/> Vägning minst 1 gång var tredje månad	<p>Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall</p> <input type="checkbox"/> Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall
<p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder - Trycksår</p>	<p>Munvård</p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Munvård	<p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder - Fall</p>
<p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder - Trycksår</p>	<p>Information/undervisning om kostfrågor</p> <input type="checkbox"/> Information/undervisning om kostfrågor	<p>Vid händelse av fall:</p> <p>Datum _____ När inträffade fallet? (kl.) _____ Konsekvens av fall _____</p> <p>Datum _____ När inträffade fallet? (kl.) _____ Konsekvens av fall _____</p>
<p>Smärtlindring</p> <input type="checkbox"/> Bedömning av smärta <input type="checkbox"/> Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/> Ordination av läkemedel <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Smärtlindring	<p>Information/undervisning om kostfrågor</p> <input type="checkbox"/> Information/undervisning om kostfrågor	<p>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder - Fall</p>

Planerat uppföljningsdatum:	Genomförd:	Signatur:	Vikt vid uppföljning:
Om personen gått ner mer än 1 kg sedan riskbedömningen, är viktminskningen ett resultat av minskad svullnad på grund av vätskedrivande medicinering?			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

<p>Trycksår vid Uppföljning</p> <p>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bakhuvud _____</td> <td><input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Öra vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Häl höger _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____</td> <td><input type="checkbox"/> Häl vänster _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Annat _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Armbåge höger _____</td> <td><input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Såret uppstod: På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Bakhuvud _____	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Öra höger _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____	<input type="checkbox"/> Öra vänster _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____	<input type="checkbox"/> Häl höger _____	<input type="checkbox"/> Skuldra höger _____	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____	<input type="checkbox"/> Häl vänster _____	<input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Armbåge höger _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____		<p>Kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian. Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.
<input type="checkbox"/> Bakhuvud _____	<input type="checkbox"/> Armbåge vänster _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl höger _____																	
<input type="checkbox"/> Öra höger _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam höger _____	<input type="checkbox"/> Fotknöl vänster _____																	
<input type="checkbox"/> Öra vänster _____	<input type="checkbox"/> Höftbenskam vänster _____	<input type="checkbox"/> Häl höger _____																	
<input type="checkbox"/> Skuldra höger _____	<input type="checkbox"/> Ryggslut/sacrum _____	<input type="checkbox"/> Häl vänster _____																	
<input type="checkbox"/> Skuldra vänster _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl höger _____	<input type="checkbox"/> Annat _____																	
<input type="checkbox"/> Armbåge höger _____	<input type="checkbox"/> Sittbensknöl vänster _____																		

<p>Avslut datum: _____</p> <input type="checkbox"/> Utskriven <input type="checkbox"/> Avliden
--