

<b>Personnummer:</b>	<b>Namn:</b>	<b>Enhet:</b>	<b>Datum:</b>
----------------------	--------------	---------------	---------------

<p><b>Trycksår vid riskbedömning</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p><b>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</b></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><b>Kategori:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.</li> <li>2 Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.</li> <li>3 Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian.</li> <li>4 Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.</li> </ol>
<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																		

**Modifierad Nortonskala**
**Mini Nutritional Assessment® (MNA)**
**SKL's patientsäkerhet - fall**

<p><b>Psykisk status</b></p> <p>Helt orienterad 4</p> <p>Stundtals förvirrad 3</p> <p>Svarar ej adekvat på tilltal 2</p> <p>Okontaktbar 1</p> <p><b>Fysisk aktivitet</b></p> <p>Går själv med eller utan hjälpmedel 4</p> <p>Går med hjälp av personal 3</p> <p>Rullstolsburen hela dagen 2</p> <p>Sängliggande 1</p> <p><b>Rörelseförmåga</b></p> <p>Full rörlighet 4</p> <p>Något begränsad 3</p> <p>Mycket begränsad 2</p> <p>Orörlig 1</p> <p><b>Födointag</b></p> <p>Normal portion 4</p> <p>¾ portion 3</p> <p>½ portion 2</p> <p>Mindre än ½ portion 1</p> <p><b>Vätskeintag</b></p> <p>Mer än 1000 ml/dygn 4</p> <p>Mellan 700-1000 ml/dygn 3</p> <p>Mellan 500-700 ml/dygn 2</p> <p>Mindre än 500 ml/dygn 1</p> <p><b>Inkontinens</b></p> <p>Nej 4</p> <p>Tillfälligt men ej vanligt 3</p> <p>Urin eller tarminkontinens (KAD) 2</p> <p>Urin och tarminkontinens 1</p> <p><b>Allmäntillstånd</b></p> <p>Gott 4</p> <p>Ganska gott 3</p> <p>Dåligt 2</p> <p>Mycket dåligt 1</p>	<p><b>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?</b></p> <p>Ja, minskat avsevärt 0</p> <p>Ja, minskat något 1</p> <p>Nej 2</p> <p><b>Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna?</b></p> <p>Ja, mer än 3 kg 0</p> <p>Vet ej 1</p> <p>Ja mellan 1-3 kg 2</p> <p>Nej 3</p> <p><b>Rörlighet</b></p> <p>Sängliggande eller rullstolsburen 0</p> <p>Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut 1</p> <p>Går ut med eller utan hjälpmedel 2</p> <p><b>Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</b></p> <p>Ja 0</p> <p>Nej 2</p> <p><b>Neuropsykologiska problem?</b></p> <p>Svår demens eller depression 0</p> <p>Lindrig demens eller depression 1</p> <p>Inga neuropsykologiska problem 2</p> <p><b>BMI</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>BMI under 19 0</p> <p>BMI 19 till mindre än 21 1</p> <p>BMI 21 till mindre än 23 2</p> <p>BMI 23 eller mer 3</p>	Längd:	Vikt:	BMI:				<p>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare:</p> <p><b>Har personen fallit under senaste året?</b></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Fråga personal (dag och natt):</p> <p><b>Tror du denna person kommer att falla under sin vistelse här om ingen förebyggande åtgärd sätts in?</b></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p>
Längd:	Vikt:	BMI:						

<b>Summa:</b>	<b>Summa:</b>	<b>Summa:</b>
20 poäng eller lägre = Ökad risk för tryckskada	8-11 poäng = risk för undernäring 0-7 poäng = undernärd	Ja på minst en fråga = risk för fall

Bedömning gjord av: \_\_\_\_\_

Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): \_\_\_\_\_

<b>Personnummer:</b>	<b>Namn:</b>	<b>Enhet:</b>	<b>Datum när åtgärderna planerades:</b>
----------------------	--------------	---------------	---

Trycksår	Undernäring	Fall
<p><b>Omgivningsanpassning</b></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><b>Nutritionsbehandling</b></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><b>Muskelfunktions och styrketräning</b></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><b>Lägesändring</b></p> <input type="checkbox"/> Regelbundna lägesändringar <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning – ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Lägesändring	<p><b>Åtstödjande åtgärder</b></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><b>Läkemedelsgenomgång</b></p> <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång
<p><input type="checkbox"/> <b>Bedömning av huden en gång per dag eller oftare</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hudvård</b></p> <p><b>Nutritionsbehandling</b></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><b>Övervakning av närings- och vätskeintag</b></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><b>Förflyttning och personlig vård</b></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><b>Smärtlindring</b></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><b>Läkemedelsgenomgång</b></p> <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång	<p><b>Omgivningsanpassning</b></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"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Viktkontroll</b></p> <input type="checkbox"/> Vägning 1 gång per vecka <input type="checkbox"/> Vägning minst 1 gång var tredje månad	<p><b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall</b>
<p><input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Munvård</b></p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd munvård	<p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd- Fall</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede- Fall</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Fall</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Information/undervisning om kostfrågor</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om kostfrågor</b>	<p><b>Vid händelse av fall:</b></p> <p>Datum _____</p> <p>När inträffade fallet? (kl.) _____</p> <p>Konsekvens av fall _____</p> <p>Datum _____</p> <p>När inträffade fallet? (kl.) _____</p> <p>Konsekvens av fall _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Information/undervisning om kostfrågor</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om kostfrågor</b>	<p><b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Fall</b>
<p><input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Munvård</b></p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd munvård	<p><b>Vård i livets slutskede- Fall</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede- Fall</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Fall</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om Hälsoproblem - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd – Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Trycksår</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Trycksår</b></p>	<p><b>Information/undervisning om kostfrågor</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Information/undervisning om kostfrågor</b>	<p><b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Fall</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande Åtgärder- Fall</b></p>

<b>Planerat uppföljningsdatum:</b>	<b>Genomförd:</b>	<b>Signatur:</b>	<b>Vikt vid uppföljning:</b>
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><b>Trycksår vid Uppföljning</b></p> <p><b>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</b></p> <table> <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><b>Kategori:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.</li> <li>Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.</li> <li>Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian.</li> <li>Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.</li> </ol>
<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><b>Avslut datum:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Utskriven</p> <p><input type="checkbox"/> Avliden</p>
---