

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

<p><b>Trycksår vid riskbedömning</b></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																		

**Risk Assessment Pressure Sores (RAPS)**
**Mini Nutritional Assessment® (MNA)**
**SKL's patientsäkerhet - fall**

<p><b>Allmäntillstånd</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Gott</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Ganska gott</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Dåligt</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Mycket dåligt</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table> <p><b>Fysisk aktivitet</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Går själv med eller utan hjälpmedel</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Går med hjälp av personal</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Rullstolsburen hela dagen</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Sängliggande</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table> <p><b>Rörelseförmåga</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Full rörlighet</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Något begränsad</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Mycket begränsad</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Orörlig</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table> <p><b>I vilken grad huden utsätts för fukt</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Torr eller normal fuktighet</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Ibland fuktig</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Ofta fuktig</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Ständigt fuktig</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><b>Födointag</b></td> <td><b>Vätskeintag</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Normal portion</td> <td>&gt; 1000 ml/dag</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>¾ portion</td> <td>&gt; 700 - &lt;1000 ml/dag</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Halv portion</td> <td>&gt; 500 - &lt;700 ml/dag</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>&lt; en halv portion</td> <td>&lt; 500 ml/dag</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> </table> <p><b>Känsl</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Fullgod</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Något nedsatt</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Mycket nedsatt</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Saknar känsl</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table> <p><b>Kroppstemperatur</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Afebril</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Subfebril</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Febril</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Låg temperatur</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table>	Gott	4	Ganska gott	3	Dåligt	2	Mycket dåligt	1	Går själv med eller utan hjälpmedel	4	Går med hjälp av personal	3	Rullstolsburen hela dagen	2	Sängliggande	1	Full rörlighet	4	Något begränsad	3	Mycket begränsad	2	Orörlig	1	Torr eller normal fuktighet	4	Ibland fuktig	3	Ofta fuktig	2	Ständigt fuktig	1	<b>Födointag</b>	<b>Vätskeintag</b>		Normal portion	> 1000 ml/dag	4	¾ portion	> 700 - <1000 ml/dag	3	Halv portion	> 500 - <700 ml/dag	2	< en halv portion	< 500 ml/dag	1	Fullgod	4	Något nedsatt	3	Mycket nedsatt	2	Saknar känsl	1	Afebril	4	Subfebril	3	Febril	2	Låg temperatur	1	<p><b>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Ja, minskat avsevärt</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Ja, minskat något</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Nej</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table> <p><b>Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Ja, mer än 3 kg</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Vet ej</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Ja mellan 1-3 kg</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Nej</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table> <p><b>Rörlighet</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Sängliggande eller rullstolsburen</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Går ut med eller utan hjälpmedel</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table> <p><b>Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Ja</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Nej</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table> <p><b>Neuropsykologiska problem?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Svår demens eller depression</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Lindrig demens eller depression</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Inga neuropsykologiska problem</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table> <p><b>BMI</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Längd:</td><td>Vikt:</td><td>BMI:</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>BMI under 19</td><td></td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>BMI 19 till mindre än 21</td><td></td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>BMI 21 till mindre än 23</td><td></td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>BMI 23 eller mer</td><td></td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	Ja, minskat avsevärt	0	Ja, minskat något	1	Nej	2	Ja, mer än 3 kg	0	Vet ej	1	Ja mellan 1-3 kg	2	Nej	3	Sängliggande eller rullstolsburen	0	Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut	1	Går ut med eller utan hjälpmedel	2	Ja	0	Nej	2	Svår demens eller depression	0	Lindrig demens eller depression	1	Inga neuropsykologiska problem	2	Längd:	Vikt:	BMI:				BMI under 19		0	BMI 19 till mindre än 21		1	BMI 21 till mindre än 23		2	BMI 23 eller mer		3	<p>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare:</p> <p><b>Har personen fallit under senaste året?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Ja</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nej</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <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> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Ja</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nej</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Gott	4																																																																																																																								
Ganska gott	3																																																																																																																								
Dåligt	2																																																																																																																								
Mycket dåligt	1																																																																																																																								
Går själv med eller utan hjälpmedel	4																																																																																																																								
Går med hjälp av personal	3																																																																																																																								
Rullstolsburen hela dagen	2																																																																																																																								
Sängliggande	1																																																																																																																								
Full rörlighet	4																																																																																																																								
Något begränsad	3																																																																																																																								
Mycket begränsad	2																																																																																																																								
Orörlig	1																																																																																																																								
Torr eller normal fuktighet	4																																																																																																																								
Ibland fuktig	3																																																																																																																								
Ofta fuktig	2																																																																																																																								
Ständigt fuktig	1																																																																																																																								
<b>Födointag</b>	<b>Vätskeintag</b>																																																																																																																								
Normal portion	> 1000 ml/dag	4																																																																																																																							
¾ portion	> 700 - <1000 ml/dag	3																																																																																																																							
Halv portion	> 500 - <700 ml/dag	2																																																																																																																							
< en halv portion	< 500 ml/dag	1																																																																																																																							
Fullgod	4																																																																																																																								
Något nedsatt	3																																																																																																																								
Mycket nedsatt	2																																																																																																																								
Saknar känsl	1																																																																																																																								
Afebril	4																																																																																																																								
Subfebril	3																																																																																																																								
Febril	2																																																																																																																								
Låg temperatur	1																																																																																																																								
Ja, minskat avsevärt	0																																																																																																																								
Ja, minskat något	1																																																																																																																								
Nej	2																																																																																																																								
Ja, mer än 3 kg	0																																																																																																																								
Vet ej	1																																																																																																																								
Ja mellan 1-3 kg	2																																																																																																																								
Nej	3																																																																																																																								
Sängliggande eller rullstolsburen	0																																																																																																																								
Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut	1																																																																																																																								
Går ut med eller utan hjälpmedel	2																																																																																																																								
Ja	0																																																																																																																								
Nej	2																																																																																																																								
Svår demens eller depression	0																																																																																																																								
Lindrig demens eller depression	1																																																																																																																								
Inga neuropsykologiska problem	2																																																																																																																								
Längd:	Vikt:	BMI:																																																																																																																							
BMI under 19		0																																																																																																																							
BMI 19 till mindre än 21		1																																																																																																																							
BMI 21 till mindre än 23		2																																																																																																																							
BMI 23 eller mer		3																																																																																																																							
Ja	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Nej	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Ja	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Nej	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
<b>Summa:</b>	<b>Summa:</b>	<b>Summa:</b>																																																																																																																							
31 poäng eller mindre (inkl. S-albumin bedöms) = risk för trycksår 29 poäng eller mindre (exkl. S-albumin) = risk för trycksår	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>Åtstödande 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 - Åtstödande 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"/> Assistent vid förflyttning <input type="checkbox"/> Stöd vid personlig vård <input type="checkbox"/> Assistent 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> <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><b>Munvård</b></p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistent vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Munvård	<p><b>Information/undervisning om kostfrågor</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd - Undernäring</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vård i livets slutskede - Undernäring</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder - Undernäring</b></p>	<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>

<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 _____																		

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