

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

<b>Trycksår vid riskbedömning</b> <b>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori (1 - 4)</b>  <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  Såret uppstod:      På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/>	<b>Kategori:</b> 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.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Risk Assessment Pressure Sores (RAPS)**
**Mini Nutritional Assessment® (MNA)**
**Downton Fall Risk Index (DFRI)**

<b>Allmäntillstånd</b> Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1  <b>Fysisk aktivitet</b> Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen hela dagen 2 Sängliggande 1  <b>Rörelseförmåga</b> Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1  <b>I vilken grad huden utsätts för fukt</b> Torr eller normal fuktighet 4 Ibland fuktig 3 Ofta fuktig 2 Ständigt fuktig 1  <table border="1"> <tr> <td><b>Födointag</b></td> <td><b>Vätskeintag</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Normal portion 4</td> <td>&gt; 1000 ml/dag 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¾ portion 3</td> <td>&gt; 700 - &lt;1000 ml/dag 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Halv portion 2</td> <td>&gt; 500 - &lt;700 ml/dag 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>&lt; en halv portion 1</td> <td>&lt; 500 ml/dag 1</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td><b>Känsl</b></td> <td><b>Friktion &amp; skjuvning</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fullgod 4</td> <td>Inga problem 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Något nedsatt 3</td> <td>Vissa problem 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mycket nedsatt 2</td> <td>Stora problem 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saknar känsl 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td><b>Kroppstemperatur</b></td> <td><b>S-albumin</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afebril 4</td> <td>36-42 g/l 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subfebril 3</td> <td>32-35 g/l 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Febril 2</td> <td>26-31 g/l 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Låg temperatur 1</td> <td>&lt; 25 g/l 1</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Födointag</b>	<b>Vätskeintag</b>		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		<b>Känsl</b>	<b>Friktion &amp; skjuvning</b>		Fullgod 4	Inga problem 3		Något nedsatt 3	Vissa problem 2		Mycket nedsatt 2	Stora problem 1		Saknar känsl 1			<b>Kroppstemperatur</b>	<b>S-albumin</b>		Afebril 4	36-42 g/l 4		Subfebril 3	32-35 g/l 3		Febril 2	26-31 g/l 2		Låg temperatur 1	< 25 g/l 1		<b>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?</b> Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2  <b>Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna?</b> Ja, mer än 3 kg 0 Vet ej 1 Ja mellan 1-3 kg 2 Nej 3  <b>Rörlighet</b> Sängliggande eller rullstolsburen 0 Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut 1 Går ut med eller utan hjälpmedel 2  <b>Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</b> Ja 0 Nej 2  <b>Neuropsykologiska problem?</b> Svår demens eller depression 0 Lindrig demens eller depression 1 Inga neuropsykologiska problem 2  <b>BMI</b> <table border="1"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> </table> BMI under 19 0 BMI 19 till mindre än 21 1 BMI 21 till mindre än 23 2 BMI 23 eller mer 3	Längd:	Vikt:	BMI:	<b>Tidigare kända fallolyckor</b> Ja 1 Nej 0  <b>Medicinering</b> Ingen medicinering (även hälsoprodukter) 0 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1 Diuretika 1 Antihypertensiva (annat än diuretika) 1 Antiparkinson läkemedel 1 Antidepressiva läkemedel 1 Andra läkemedel 0  <b>Sensoriska funktionsnedsättningar</b> Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörselnedsättning 1 Nedsatt motorik 1  <b>Kognitiv funktionsnedsättning</b> Orienterad 0 Ej orienterad 1  <b>Gångförmåga</b> Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 1 Ingen gångförmåga 0
<b>Födointag</b>	<b>Vätskeintag</b>																																																	
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																																																	
<b>Känsl</b>	<b>Friktion &amp; skjuvning</b>																																																	
Fullgod 4	Inga problem 3																																																	
Något nedsatt 3	Vissa problem 2																																																	
Mycket nedsatt 2	Stora problem 1																																																	
Saknar känsl 1																																																		
<b>Kroppstemperatur</b>	<b>S-albumin</b>																																																	
Afebril 4	36-42 g/l 4																																																	
Subfebril 3	32-35 g/l 3																																																	
Febril 2	26-31 g/l 2																																																	
Låg temperatur 1	< 25 g/l 1																																																	
Längd:	Vikt:	BMI:																																																
<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	3 poäng eller mer = 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"/> Konsistensanpassning <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> <input type="checkbox"/> <b>Annan åtgärd - 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"/> Assistent vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd - Munvård	<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>Annan åtgärd - Undernäring</b>	<p><b>Vid händelse av fall:</b></p> <p>Datum _____                  När inträffade fallet? (kl.) _____                  Konsekvens av fall _____</p> <p>Datum _____                  När inträffade fallet? (kl.) _____                  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>Annan åtgärd - Undernäring</b>	<p><b>Vård i livets slutskede - 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 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><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> <input type="checkbox"/> Utskriven <input type="checkbox"/> Avliden
----------------------------------------------------------------------------------------------------------