

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

<p>Trycksår vid riskbedömning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></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																		

Modifierad Nortonskala
Mini Nutritional Assessment® (MNA)
Downton Fall Risk Index (DFRI)

<p>Psykisk status</p> <p>Helt orienterad 4</p> <p>Stundtals förvirrad 3</p> <p>Svarar ej adekvat på tilltal 2</p> <p>Okontaktbar 1</p> <p>Fysisk aktivitet</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>Rörelseförmåga</p> <p>Full rörlighet 4</p> <p>Något begränsad 3</p> <p>Mycket begränsad 2</p> <p>Orörlig 1</p> <p>Födointag</p> <p>Normal portion 4</p> <p>¾ portion 3</p> <p>½ portion 2</p> <p>Mindre än ½ portion 1</p> <p>Vätskeintag</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>Inkontinens</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>Allmäntillstånd</p> <p>Gott 4</p> <p>Ganska gott 3</p> <p>Dåligt 2</p> <p>Mycket dåligt 1</p>	<p>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna?</p> <p>Ja, minskat avsevärt 0</p> <p>Ja, minskat något 1</p> <p>Nej 2</p> <p>Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna?</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>Rörlighet</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>Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</p> <p>Ja 0</p> <p>Nej 2</p> <p>Neuropsykologiska problem?</p> <p>Svår demens eller depression 0</p> <p>Lindrig demens eller depression 1</p> <p>Inga neuropsykologiska problem 2</p> <p>BMI</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></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>Tidigare kända fallolyckor</p> <p>Ja 1</p> <p>Nej 0</p> <p>Medicinering</p> <p>Ingen medicinering (även hälsoprodukter) 0</p> <p>Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1</p> <p>Diuretika 1</p> <p>Antihypertensiva (annat än diuretika) 1</p> <p>Antiparkinson läkemedel 1</p> <p>Antidepressiva läkemedel 1</p> <p>Andra läkemedel 0</p> <p>Sensoriska funktionsnedsättningar</p> <p>Ingen 0</p> <p>Synnedsättning 1</p> <p>Hörselnedsättning 1</p> <p>Nedsatt motorik 1</p> <p>Kognitiv funktionsnedsättning</p> <p>Orienterad 0</p> <p>Ej orienterad 1</p> <p>Gångförmåga</p> <p>Säker med eller utan hjälpmedel 0</p> <p>Osäker gång 1</p> <p>Ingen gångförmåga 0</p>
Längd:	Vikt:	BMI:						
Summa:	Summa:	Summa:						
20 poäng eller lägre = Ökad risk för tryckskada	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): _____

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"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Berikning av kosten <input type="checkbox"/> Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassning <input type="checkbox"/> Näringsdryck <input type="checkbox"/> Anpassa maten efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/> Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral nutrition <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition	<p>Muskelfunktions- och styrketräning</p> <input type="checkbox"/> Styrketräning <input type="checkbox"/> Balansräning <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 lägesändring <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning – ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Lägesändring	<p>Åtstödande 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 – Åtstödande åtgärd	<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><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"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Berikning av kosten <input type="checkbox"/> Protein- och energirik kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassning <input type="checkbox"/> Näringsdryck <input type="checkbox"/> Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov <input type="checkbox"/> Minska nattfasta till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral nutrition <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition <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>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>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>Viktkontroll</p> <input type="checkbox"/> Vägning en gång per vecka <input type="checkbox"/> Vägning minst en gång var tredje månad	<p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om hälsa/ohälsa – Fall</p> <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>Munvård</p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <input type="checkbox"/> Annan åtgärd munvård	<p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om kostfrågor</p> <p><input type="checkbox"/> Annan åtgärd – Undernäring</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Undernäring</p> <p><input type="checkbox"/> Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder - Undernäring</p>
		<p>Vid händelse av fall:</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>

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> <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 _____																		

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