

<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><b>Såret uppstod</b> 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**
**SKL's patientsäkerhet - nutrition**
**Downton Fall Risk Index (DFRI)**

<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>Fullgod 4</p> <p>Något begränsad 3</p> <p>Mycket begränsad 2</p> <p>Örörlig 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>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare om:</p> <p><b>Har du/personen gått ner i vikt?</b> (Ofrivillig vikt förlust oavsett tidsförlopp och omfattning)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p><b>Kan du/personen äta som vanligt?</b> (Åttsvårigheter kan exempelvis orsakas av aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem eller motoriska funktionsnedsättningar)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p><b>Body Mass Index (BMI)</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> </table> <p>&lt; 70 år med BMI mindre än 20 = underviktig                  ≥ 70 år med BMI mindre än 22 = underviktig</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p>	Längd:	Vikt:	BMI:	<p><b>Tidigare kända fallolyckor</b></p> <p>Ja 1</p> <p>Nej 0</p> <p><b>Medicinering</b></p> <p>Ingen medicinering (även hälsoprodukter) 0</p> <p>Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1</p> <p>Diuretika 1</p> <p>Antihypertensiva (<i>annat än diuretika</i>) 1</p> <p>Antiparkinson läkemedel 1</p> <p>Antidepressiva läkemedel 1</p> <p>Andra läkemedel 0</p> <p><b>Sensoriska funktionsnedsättningar</b></p> <p>Ingen 0</p> <p>Synnedsättning 1</p> <p>Hörselnedsättning 1</p> <p>Nedsatt motorik 1</p> <p><b>Kognitiv funktionsnedsättning</b></p> <p>Orienterad 0</p> <p>Ej orienterad 1</p> <p><b>Gångförmåga</b></p> <p>Säker med eller utan hjälpmedel 0</p> <p>Osäker gång 1</p> <p>Ingen gångförmåga 0</p>
Längd:	Vikt:	BMI:			
<b>Summa:</b>	<b>Summa antal riskfaktorer</b>	<b>Summa antal Ja:</b>			
20 poäng eller lägre = Ökad risk för tryckskada	Risk för undernäring föreligger vid en eller flera av dessa riskfaktorer	3 poäng eller mer = risk för fall			

Bedömning gjord av:

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

