

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

<p>Trycksår vid riskbedömning</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																		

Risk Assessment Pressure Sores (RAPS)
SKL's patientsäkerhet - nutrition
Downton Fall Risk Index (DFRI)

<p>Allmäntillstånd</p> <p>Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1</p> <p>Fysisk aktivitet</p> <p>Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen hela dagen 2 Sängliggande 1</p> <p>Rörelseförmåga</p> <p>Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1</p> <p>I vilken grad huden utsätts för fukt</p> <p>Torr eller normal fuktighet 4 Ibland fuktig 3 Ofta fuktig 2 Ständigt fuktig 1</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Födointag</td> <td>Vätskeintag</td> </tr> <tr> <td>Normal portion 4</td> <td>> 1000 ml/dag 4</td> </tr> <tr> <td>¾ portion 3</td> <td>> 700 - <1000 ml/dag 3</td> </tr> <tr> <td>Halv portion 2</td> <td>> 500 - <700 ml/dag 2</td> </tr> <tr> <td>< en halv portion 1</td> <td>< 500 ml/dag 1</td> </tr> </table> <p>Känsl</p> <p>Fullgod 4 Något nedsatt 3 Mycket nedsatt 2 Saknar känsl 1</p> <p>Kroppstemperatur</p> <p>Afebril 4 Subfebril 3 Febril 2 Låg temperatur 1</p>	Födointag	Vätskeintag	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	<p>Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare om:</p> <p>Har du/personen gått ner i vikt? (Ofrivillig vikt förlust oavsett tidsförlopp och omfattning)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Kan du/personen äta som vanligt? (Åttsvårigheter kan exempelvis orsakas av aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem eller motoriska funktionsnedsättningar)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Body Mass Index (BMI)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Längd:</td> <td>Vikt:</td> <td>BMI:</td> </tr> </table> <p>< 70 år med BMI mindre än 20 = underviktig ≥ 70 år med BMI mindre än 22 = underviktig</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	Längd:	Vikt:	BMI:	<p>Tidigare kända fallolyckor</p> <p>Ja 1 Nej 0</p> <p>Medicinering</p> <p>Ingen medicinering (även hälsoprodukter) 0 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1 Diuretika 1 Antihypertensiva (<i>annat än diuretika</i>) 1 Antiparkinson läkemedel 1 Antidepressiva läkemedel 1 Andra läkemedel 0</p> <p>Sensoriska funktionsnedsättningar</p> <p>Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörselnedsättning 1 Nedsatt motorik 1</p> <p>Kognitiv funktionsnedsättning</p> <p>Orienterad 0 Ej orienterad 1</p> <p>Gångförmåga</p> <p>Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 1 Ingen gångförmåga 0</p>
Födointag	Vätskeintag														
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														
Längd:	Vikt:	BMI:													
Summa:	Summa antal riskfaktorer	Summa antal Ja:													
31 poäng eller mindre (inkl. S-albumin bedöms) = risk för trycksår 29 poäng eller mindre (exkl. S-albumin) = risk för trycksår	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): _____

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"/> Person avböjer samtliga förebyggande åtgärder – Fall</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><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</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"> Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud. Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa. Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subkutis). Sår nedtill men inte genom fascian. 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>
