|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnummer** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| **Datum när formuläret fylls i (”Datum” i vårdprocessformuläret)** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Huvuddiagnos enl ICD-kod** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| **Uppföljningsdatum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| **Har patienten blivit inskriven på denna eller någon annan enhet** | | |
|  | Ja (fyll i alla frågor nedan) |  |
|  | Nej (fyll enbart i \*-markerade frågor) |  |
| **Enhet/avdelning** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum insjuknande/skada**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Saknas |
| **Utskrivningsdatum från slutenvård till hemmet/boende\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | Saknas |
| **Datum för beslut om rehab**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Saknas |
| **Svenskspråkighet** | |  | |
|  | Utan svårighet |  | |
|  | Feltolkningar förekommer |  | |
|  | Tolkberoende |  | |
| **Födelseland** | |  | |
|  | Sverige |  | |
|  | Annat nordiskt land |  | |
|  | Europeiskt utom Norden |  | |
|  | Annat land |  | |
| **Högsta avslutade utbildning** | |  | |
|  | Grundskola |  | |
|  | Gymnasium eller yrkesutbildning |  | |
|  | Universitet/högskola |  | |
|  | Annat |  | |
|  | Vet ej |  | |
| **Hushåll** | |  | |
|  | Ensamstående utan hemmavarande barn |  | |
|  | Ensamstående med hemmavarande barn |  | |
|  | Gift/sambo utan hemmavarande barn |  | |
|  | Gift/sambo med hemmavarande barn |  | |
|  | Bor med förälder/föräldrar |  | |
|  | Bor med annan närstående |  | |
|  | Annat |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Boende** | |  |
|  | Eget boende utan personligt beroende |  |
|  | Eget boende med personligt beroende |  |
|  | Särskilt boende |  |
|  | Annan rehabenhet |  |
|  | Annat |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Körkort** | |  |
|  | Saknar sedan tidigare |  |
|  | Inga medicinska hinder föreligger |  |
|  | Medicinska hinder föreligger |  |
|  | Medicinska hinder för yrkestrafik föreligger, ej privat |  |
|  | Bedömning ej gjord |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rökare** | | | **Snusare** | | | **Missbruk av alkohol** | | |  | |
|  | Nej | |  | Nej | |  | Nej | |  | |
|  | Ja | |  | Ja | |  | Ja | |  | |
|  | Vet ej | |  | Vet ej | |  | Vet ej | |  | |
| **Missbruk av droger** | | | **Missbruk av läkemedel** | | | |  | |  | | |
|  | | Nej |  | Nej | | |  | |  | | | |
|  | | Ja |  | Ja | | |  | |  | | | |
|  | | Vet ej |  | Vet ej | | |  | |  | | | |
|  | |  |  |  | | |  | |  | | | |
| **Längd**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | Saknas | **Vikt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | | Saknas | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har personen försörjning** | | | | | | | | |  | | |
|  | Nej | | | | | | | |  | | |
|  | Ja, fyll i nedanstående följdfrågor | | | | | | | |  | | |
|  | Vet ej | | | | | | | |  | | |
| **\*Löntagare** | | **\*Egen företagare** | | **\*Försäkringskassan, FK** | | | | | |  | |
|  | Nej |  | Nej |  | Ja, 25% |  | Ja, 100% | | |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja, 50% |  | Nej | | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Ja, 75% |  | Vet ej | | |
| **\*Arbetslöshetskassa** | | **\*CSN, studiemedel** | | **\*Ålderspensionär** | | | | |  | | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | | |  | | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | | |  | | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | | |  | | |
| **\*Socialtjänst** | | **\*Föräldrapenning** | | **\*Annat** | | | | |  | | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | | |  | | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | | |  | | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | | |  | | |
| **Vårdrelaterad diagnos** | | | | | | | |  | | |
|  | Samma som huvuddiagnos | | | | | | |  | | |
|  | Annan diagnos, ange \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etiologi** | |  |
|  | Sport |  |
|  | Överfall |  |
|  | Transport/trafik |  |
|  | Fall |  |
|  | Annat olycksfall |  |
|  | Icke-traumatisk skada |  |
|  | Ospecificerat/okänt |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kirurgisk behandling av kotpelarskada - Dekompression** | |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Kirurgisk behandling av kotpelarskada - Fixation/fusion** | |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |

**Har sedan utskrivning varit inlagd på sjukhus av anledning som har samband med skada/ sjukdom som relaterar till senaste rehabiliteringsperiod på denna enhet**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nej |
|  | Ja |
|  | Vet ej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har några av nedanstående komplikationer/ diagnoser uppkommit under senaste året:** | | | | | | | | | |  | |
| **DVT** | | **Lungemboli** | | **Heterotop bennybildning** | | **Fall med fraktur** | | | | | |
|  | Ja, pågående |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Misstänkt pågående |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |
|  | Genomgången |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |
|  | Okänt |  |  |  |  | | |  |  | |  | |
| **Kontraktur** | | **Trycksår senaste året** | | **Pneumoni** | | | **Behandlings-krävande UVI** | | | | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |  | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |  | |
| **Antal behandlingskrävande UVI** | | **Infektion med multiresistenta bakterier** | | **Annan infektion** | | | **Sepsis** | | |  | |
|  | 1-2 |  | Nej |  | Nej | | |  | Nej | |  | |
|  | 3-5 |  | Ja |  | Ja | | |  | Ja | |  | |
|  | >5 |  | Vet ej |  | Vet ej | | |  | Vet ej | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Amputation** | | **Plastikopererat trycksår** | | **Nefrektomi** | | **Annan ryggmärgsrelaterad komplikation** | | | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej | |  | Nej |  | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja | |  | Ja |  | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | |  | Vet ej |  | |
| **Avvikit från avdelningen** | | **Annan komplikation/**  **sjukdom/skada** | |
|  | Nej |  | Nej |
|  | Ja |  | Ja |
|  | Vet ej |  | Vet ej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motorisk nivå höger**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Saknas | **Motorisk nivå vänster\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | Saknas |
| **Sensorisk nivå höger**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Saknas | **Sensorisk nivå vänster**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Saknas |
| **ASIA impairment Scale** | | | | |  | | |
|  | Complete | | | |  | | |
|  | Incomplete (B) | | | |  | | |
|  | Incomplete (C) | | | |  | | |
|  | Incomplete (D) | | | |  | | |
|  | Normal | | | |  | | |
|  | Okänt | | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inträffade komplikationer eller andra händelser av betydelse efter utskrivning** | | |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Neurogen blåsrubbning** | | | | | |  | | | |
|  | Nej | | | | |  | | | |
|  | Ja | | | | |  | | | |
|  | Vet ej | | | | |  | | | |
| **Om Neurogen blåsrubbning, fyll i nedanstående:** | | | | | | | | | |
| Huvudsakligen normal blåstömning | | Intermittent kateterisering | | KAD | | Suprapubisk KAD | | Annan urindeviation | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Störd tarmfunktion** | |  | |  | |  |  |
|  | Nej |  |  |  |  |  |  |
|  | Ja |  |  |  |  |  |  |
|  | Vet ej |  |  |  |  |  |  |
| **Om Störd tarmfunktion, fyll i nedanstående:** | | | | | |
| Inkontinens | | Stomi | | Toatid | |
|  | Nej |  | Nej |  | < 30 min/gång |
|  | Ja |  | Ja |  | 30-60 min/gång |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | > 60 min/gång |
|  |  |  |  |  | Vet ej |
| **Andningstekniskt hjälpmedel** | | | | | |  | |
|  | Nej | | | | |  | |
|  | Ja | | | | |  | |
|  | Vet ej | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Om Andningstekniskt hjälpmedel, fyll i nedanstående:** | | | | | | | | | |  | |
| Tracheostomi | | Phrenicus-stimulator | | CPAP | | Ständigt ventilatorbehov | | Partiellt ventilatorbehov | | Mekaniskt hosthjälpmedel | |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej | |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja | |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Har skriftlig rehabplan upprättats** | |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Har rehabplan använts (fylls i om Ja på ovanstående fråga)** | |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Ja, delvis |  |
|  | Nej |  |