|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |