

Fødselsnummer

Navn

Innleggelsestidspunkt  
i første sykehus

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Har pasienten hjerneslagdiagnose  
i henhold til ett av følgende  
kriterier

- 1 Akutte fokale utfall > 24 timer med positiv bildediagnostikk.  
Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.  
Pasienter som behandles med trombolyse/trombektomi, der symptomene går i fullstendig regress < 24 timer og det er positiv bildediagnostikk, vil kunne klassifiseres som hjerneinfarkt etter kriterie nr 1.
- 2 Akutte fokale utfall > 24 timer uten positiv bildediagnostikk.  
Innlagt i sykehus innen 28 døgn fra symptomdebut.  
Pasienter som behandles med trombolyse/trombektomi, der symptomene går i fullstendig regress < 24 timer, uten positiv bildediagnostikk, vil kunne klassifiseres som hjerneinfarkt etter kriterie nr 2.
- 3 Forbigående hjerneslagsymptomer (akutte fokale utfall < 24 timer) med positiv bildediagnostikk.
- 4 Pasienten har ingen av ovennevnte inklusjonskriterier, og pasienten skal ikke registreres i pakkeforløp og akuttskjema

Slagdiagnose

- I 61 Hjerneblødning: CT/MR eller obduksjon har vist blødning
- I 63 Hjerneinfarkt: CT/MR eller obduksjon har vist et aktuelt infarkt, eller er uten aktuell patologi
- I 64 Uspesifisert (I 64 bør bare benyttes der CT/MR ikke er utført)

Hjerneslag som hoveddiagnose  
eller bidiagnose

- 1 Hoveddiagnose  2 Bidiagnose

Er pasienten inkludert i  
pakkeforløp for hjerneslag

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Har pasienten fått informasjon  
om inklusjon i pakkeforløp for  
hjerneslag?

- 1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

## Behandlingskjede

### Overflyttet fra sykehus

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Fra hvilket sykehus?

Innleggelsestidspunkt i ditt sykehus

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Årsak til overflytting?

- 1 For trombolyse  4 Annen årsak  
 2 For trombektomi  5 Hemikraniektomi  
 3 For både trombolyse og trombektomi  9 Ukjent

### Symptomdebut

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Våknet pasienten etter nattesøvn med symptom på hjerneslag (som ikke var tilstede før nattesøvn)?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Hvor var pasienten da hjerneslaget oppsto?

1 Utenfor sykehus  2 Innlagt i sykehus

Hvis utenfor sykehus og mindre enn 24 timer fra symptomdebut til innleggelse: Ble AMK (113) varslet?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Når ble AMK (113) varslet?

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Ukjent dato og tid

Hvordan ble AMK (113) varslet?

- 1 Varsling direkte til AMK  
 2 Varsling til AMK via fastlege/legevakt  
 9 Ukjent

Transportmetode

- 1 Ambulanse  
 2 Luftambulanse  
 3 Kombinasjon av ambulanse og luftambulanse  
 4 Annet

Tidspunkt for ankomst ambulanse framme hos pasient på hendelsessted

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Ukjent dato og tid

Tidspunkt for avreise ambulanse fra hendelsessted til sykehus

Dato	Måned	År	Timer	Min					

Ukjent dato og tid

Cerebral CT eller MR ved innkost?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Dato og tidspunkt

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

Er Trombolyse utført?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Ukjent dato og tid

Hvilket sykehus?

Starttidspunkt for trombolyse

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

Medikament og dosering

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Alteplase, standard dose 0,9 mg/kg | <input type="checkbox"/> 4 Tenecteplase 0,25 mg/kg |
| <input type="checkbox"/> 2 Alteplase, redusert dose           | <input type="checkbox"/> 5 Tenecteplase 0,40 mg/kg |
| <input type="checkbox"/> 3 Annet trombolytisk medikament      | <input type="checkbox"/> 9 Ukjent                  |

NIHSS (Totalscore)

Før trombolyse

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ikke utført
----------------------	--------------------------------------

NIHSS (Totalscore)

24 t (+/- 3 timer) etter trombolyse

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ikke utført
----------------------	--------------------------------------

Hjerneblødning med klinisk forverring innen 36 timer etter behandlingsstart tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Er trombektomi eller annen endovaskulær behandling gjennomført?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Er hemikraniektomi utført?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Hvilket sykehus?

Starttidspunkt for hemikraniektomi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dato	Måned	År	Timer	Min			

Videre forløp

Avdeling/enhet først innlagt?

1 Slagenhet (se veiledning)  2 Annen sengeavdeling

Hvilken avdeling?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Medisinsk      | <input type="checkbox"/> 4 Intensiv-/annen overvåkingsavdeling |
| <input type="checkbox"/> 2 Nevrologisk    | <input type="checkbox"/> 5 Observasjonsavdeling                |
| <input type="checkbox"/> 3 Nevrokirurgisk | <input type="checkbox"/> 6 Annen avdeling                      |

Er pasienten behandlet i slagenhet (eller intensiv-/overvåkingsavdeling dersom den medisinske tilstanden tilsier det) i løpet av oppholdet?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Tidspunkt for innleggelse i slagenhet

Dato			Måned		År		Timer		Min

Er det utført kartlegging av mulig carotisstenose?

1 Ja  2 Nei  3 Ikke relevant  9 Ukjent

Dato for kartlegging av mulig carotisstenose

Dato			Måned		År

Er pasienten henvist til operasjon av halspulsåre (Carotis-endarterektomi)?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Dato for operasjon i halspulsåre

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Er pasienten operert i halspulsåre (Carotis)?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Har pasienten fått en tverrfaglig funksjonsvurdering i slagenhet inkludert beslutning om videre forløp, med eller uten rehabilitering?

1 Ja  2 Nei  9 Ukjent

Dato for funksjonsvurdering

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Hvilket videre forløp ble besluttet anbefalt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> 4 Direkte hjem, uten forventet nytte av initial rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> 2 Tidlig støttet utskrivning                | <input type="checkbox"/> 5 Sykehjem, uten forventet nytte av initial rehabilitering     |
| <input type="checkbox"/> 3 Kommunal rehabilitering                   | <input type="checkbox"/> 9 Ukjent   |

Hvilket nivå ble besluttet anbefalt?

1 Nivå 1  2 Nivå 2  9 Ukjent

Hvilket nivå ble besluttet anbefalt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Døgnerhabilitering   | <input type="checkbox"/> 3 Dagrehabilitering                           |
| <input type="checkbox"/> 2 Hjemmerehabilitering | <input type="checkbox"/> 4 Kombinasjon av dag- og hjemmerehabilitering |

Når ble pasienten definert som klar for utskrivning/overføring fra slagenhet, eller annen aktuell avdeling dersom pasienten ikke har vært innlagt i slagenhet?

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Når ble pasienten skrevet ut fra slagenhet?

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Når ble pasienten mottatt ved spesialisert rehab.avdeling?

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Hvilket tilbud ble pasienten utskrevet til?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten<br>Gjelder også ved utreise til hjemmet i påvente av spesialisert rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> 2 Tidlig støttet utskrivning   |
| <input type="checkbox"/> 3 Kommunal rehabilitering<br>Gjelder også ved utreise til hjemmet i påvente av kommunal rehabilitering                       |
| <input type="checkbox"/> 4 Direkte hjem, uten forventet nytte av initial rehabilitering   |
| <input type="checkbox"/> 5 Sykehjem, uten forventet nytte av initial rehabilitering   |
| <input type="checkbox"/> 9 Ukjent   |

Tidspunkt for når rehabiliterende tiltak ble etablert for pasienten av TSU-team i samarbeid med kommunalt rehabiliteringsteam/koordinerende enhet.

						<input type="checkbox"/> Ukjent dato
Dato			Måned		År	

Hvilket nivå ble pasienten utskrevet til?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Døgnerhabilitering                          |
| <input type="checkbox"/> 2 Hjemmerehabilitering                        |
| <input type="checkbox"/> 3 Dagrehabilitering                           |
| <input type="checkbox"/> 4 Kombinasjon av dag- og hjemmerehabilitering |

## Tilstand før det aktuelle hjerneslaget

### Boligforhold

- 1 Egen bolig uten hjemme-sykepleie/hjemmehjelp
- 2 Egen bolig med hjemme-sykepleie/hjemmehjelp
- 3 Omsorgsbolig med døgn-kontinuerlige tjenester
- 4 Sykehjem, både korttids- og langtidsopphold
- 9 Ukjent

### Sivilstatus

- 1 Gift/samboende
- 2 Enke/enkemann
- 3 Enslig
- 9 Ukjent

### Bosituasjon

- 1 Alene
- 2 Sammen med noen
- 9 Ukjent

### Forflytning

- 1 Alene – inne og ute
- 2 Alene inne
- 3 Med hjelp (av andre)
- 9 Ukjent

### Toalettbesøk

- 1 Alene
- 2 Med hjelp
- 9 Ukjent

### Påkledning

- 1 Alene
- 2 Med hjelp
- 9 Ukjent

### Modified Rankin Scale

- 0 Ingen symptomer/funksjonssvikt
- 1 Ingen betydelig funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle daglige gjøremål og aktiviteter som før
- 2 Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer sine daglige gjøremål
- 3 Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp av en annen person.
- 4 Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person og klarer ikke å ivareta sine grunnleggende behov uten hjelp
- 5 Svært alvorlig funksjonssvikt; senleggende og trenger konstant tilsyn og hjelp

## Risikofaktorer før hjerneslaget

### Statin og annen lipidsenkende behandling før innleggelsen?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

### Medikamentell behandling for høyt blodtrykk før innleggelsen?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

### Tidligere hjerneslag?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

#### Type hjerneslag

- 1 Infarkt
- 2 Blødning
- 3 Uspesifisert
- 4 Både infarkt og blødning
- 9 Ukjent

### Tidligere TIA?

Opplysninger om sikre tegn på TIA i form av klare forbigående fokale utfall

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

#### Når var siste TIA?

- 1 Innen siste uke
- 2 Over 1 uke før hjerneslaget

### Tidligere hjerteinfarkt?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

### Atrieflimmer bekreftet med EKG tidligere eller i løpet av innleggelsen

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

#### Når ble atrieflimmer oppdaget?

- 1 Atrieflimmer tidligere
- 2 Atrieflimmer nyoppdaget ved ankomst til sykehuset eller under innleggelsen

### Diabetes

- 1 Ja
- 2 Nei
- 9 Ukjent

### Røykestatus

- 0 Aldri
- 1 Røyker
- 2 Eks-røyker (røykfri > 1 mnd)
- 9 Ukjent

## Status i akutfasen (gjelder symptomer/funn ved innkomst eller innen 24 timer etter innkomst)

<b>Bevissthetsgrad ved innleggelsen</b> <input type="checkbox"/> 0 Våken <input type="checkbox"/> 1 Døs, reagerer adekvat ved lett stimulering <input type="checkbox"/> 2 Døs, reagerer først ved kraftig/gjentatt stimulering <input type="checkbox"/> 3 Reagerer ikke, eller bare med ikke-målrettet bevegelse <input type="checkbox"/> 9 Ukjent	<b>Fokale utfall</b> <b>Facialisparese</b> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 9 Ukjent <b>Beinparese</b> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 9 Ukjent <b>Andre nye fokale slagsymptomer</b> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 9 Ukjent <b>Armparese</b> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 9 Ukjent <b>Språkproblemer (afasi)</b> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nei <input type="checkbox"/> 9 Ukjent	<b>Hvilke fokale symptomer?</b> <input type="checkbox"/> Dysartri <input type="checkbox"/> Ataksi <input type="checkbox"/> Sensibilitetsutfall <input type="checkbox"/> Neglekt <input type="checkbox"/> Dobbeltsyn <input type="checkbox"/> Synsfeltutfall <input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Dysfagi
<b>Sidelokalisasjon av symptomer</b> <input type="checkbox"/> 1 Høyre <input type="checkbox"/> 2 Venstre <input type="checkbox"/> 3 Bilateralt <input type="checkbox"/> 4 Usikkert <input type="checkbox"/> 9 Ukjent		
<b>NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)</b> Angi totalscore akutt ved innkomst: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ikke utført Angi totalscore ved 24 timer +/- 12 timer etter innkomst: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ikke utført		

## Medikamentell behandling før debut av hjerneslaget og ved utreise

Dersom det er dokumentert i journal/epikrise at pasienten starter med antikoagulasjon innen to uker etter symptomdebut av hjerneslaget kan det krysses av for <b>antikoagulasjon ved utreise</b>	Dersom det er dokumentert i journal/epikrise at pasienten starter med medikamentell behandling for høyt blodtrykk innen to uker etter symptomdebut av hjerneslaget kan det krysses av for « <b>Medikamentell behandling for høyt blodtrykk</b> » ved utreise.	Ved mors registreres ikke medikamenter ved utreise.				
	<b>Før debut av hjerneslaget</b>	<b>Ved utreise</b>				
<b>Medikament</b>	Ja 1	Nei 2	Ukjent 9	Ja 1	Nei 2	Ukjent 9
<b>Acetylsalisylsyre (ASA)</b> (Acetylsalisylsyre, Albyl E, Aspirin, Diprasorin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ADP-reseptorblokker</b> (Brique, Clopidogrel, Efiend, Plavix, Ticlid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dipyridamol</b> (Aponova, Diprasorin (Orion))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Warfarin</b> (Marevan, Warfarin Orion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andre perorale antikoagulasjonsmidler enn Warfarin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Statin og annen lipidsenkende behandling</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medikamentell behandling for høyt blodtrykk</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvilke antikoagulasjonsmidler?</b> <input type="checkbox"/> Apixaban (f.eks Eliquis) <input type="checkbox"/> Dabigatran (f.eks Pradaxa) <input type="checkbox"/> Rivaroxaban (f.eks Xarelto) <input type="checkbox"/> Edoksaban (f.eks Lixiana) <input type="checkbox"/> Annet peroralt antikoagulasjonsmiddel						

## Undersøkelser og tiltak utført/bestilt under oppholdet

### Billeddiagnostikk av hjerneslaget

- 1 Ingen     4 CT + MRI  
 2 CT     5 Annen  
 3 MRI     9 Ukjent

### Billeddiagnostikk av

Ekstrakranielle kar  
↓    ↓  
Intrakranielle kar

- 1 Ingen  
  2 Ultralyd  
  3 CT-angio  
  4 MR-angio  
  6 Ultralyd og CT-angio  
  7 Ultralyd og MR-angio  
  8 CT-angio og MR-angio  
  9 Ukjent

### Billeddiagnostikk av hjerte med ekkokardiografi

- 1 Ja     2 Nei     9 Ukjent

### For pasienter ≤ 60 år; er pasienten utredet for patent foramen ovale?

- 1 Ja     3 Ikke relevant  
 2 Nei     9 Ukjent

### EKG-registrering

- 1 Ingen  
 2 EKG  
 3 EKG + Telemetri (kontinuerlig EKG monitorering)  
 4 EKG + Holtermonitorering/R-test  
 5 EKG + Telemetri (kontinuerlig EKG monitorering) + Holtermonitorering / R-test  
 9 Ukjent

### Er svelgefunksjonen vurdert / testet (før peroral føde)?

- 1 Ja     3 Ikke relevant  
 2 Nei     9 Ukjent

### Er pasienten mobilisert ut av seng i løpet av de første 48 timer etter innleggelsen?

- 1 Ja     2 Nei     9 Ukjent

## Utskriving

### Utskrivingsdato

/   /    
Dato    Måned    År

### Avdeling/enhet utskrevet fra?

- 1 Slagenhet (se veiledning)  
 2 Annen sengeavdeling

### Utskrives til

- 1 Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp  
 2 Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp  
 3 Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester  
 4 Sykehjem, både korttids- og langtidsopphold  
 5 Annen avdeling for videre behandling  
 6 Annen avd. i påvente av sykehjem/rehab.  
 7 Rehabiliteringsavdeling/-institusjon inkludert rehabilitering i sykehjem  
 8 Opptreningscenter  
 9 Ukjent  
 10 Død i løpet av oppholdet  
 11 Annet  
 12 Annet sykehus - spesifiser

### Hvilken avdeling?

- 1 Medisinsk  
 2 Nevrologisk  
 3 Nevrokirurgisk  
 4 Intensiv / annen overvåkingsavdeling  
 5 Observasjonsavdeling  
 6 Annen avdeling

### Barthel ADL-index – angi totalskår ved 7 (± 2) dager, eller ved utskrivning før 7 dager.

- Ikke utført

### Blir pasienten fulgt opp av et ambulant team (tidlig støttet utskrivning) i forbindelse med utskrivning fra sykehus?

- 1 Ja     2 Nei     9 Ukjent

### Hvis ja, sett ett kryss

- 1 Team organisatorisk tilknyttet sykehus  
 2 Team organisatorisk tilknyttet kommune

### Har informasjon om røykestopp blitt gitt til de som er røykere?

- 1 Ja     2 Nei     9 Ukjent

### Har informasjon blitt gitt om bilkjøring og karenstid?

- 1 Ja     3 Ikke relevant  
 2 Nei     9 Ukjent

### NIHSS: angi totalskår ved 7 (± 2) dager eller ved utskrivning før 7 dager.

- Ikke utført

### Modified Rankin Scale: Angi skår ved utskrivning 7 (± 2) dager eller ved utskrivning før 7 dager.

- 0 Ingen symptomer /funksjonssvikt”  
 1 Ingen betydelig funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle daglige gjøremål og aktiviteter som før  
 2 Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer sine daglige gjøremål  
 3 Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp av en annen person  
 4 Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person og klarer ikke å ivareta mine grunnleggende behov uten hjelp  
 5 Svært alvorlig funksjonssvikt; sengeliggende og trenger konstant tilsyn og hjelp  
 6 Død  
 Ikke utført