

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

Modifierad Nortonskala	Mini Nutritional Assessment (MNA)	Två riskfaktorer för fall
Psykisk status Helt orienterad 4 Stundtals förvirrad 3 Svarar ej adekvat på tilltal 2 Okontaktbar 1 Fysisk aktivitet Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen hela dagen 2 Sängliggande 1 Rörelseförmåga Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1 Födointag Normal portion 4 ¾ portion 3 ½ portion 2 Mindre än ½ portion 1 Vätskeintag Mer än 1000 ml/dygn 4 Mellan 700-1000 ml/dygn 3 Mellan 500-700 ml/dygn 2 Mindre än 500 ml/dygn 1 Inkontinens Nej 4 Tillfälligt men ej vanligt 3 Urin eller tarminkontinens (KAD) 2 Urin och tarminkontinens 1 Allmäntillstånd Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1	Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna? Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2 Ofrivillig viktnedgång under de senaste tre månaderna? Ja, mer än 3 kg 0 Vet ej 1 Ja mellan 1-3 kg 2 Nej 3 Rörlighet Sängliggande eller rullstolsburen 0 Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut 1 Går ut med eller utan hjälpmedel 2 Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna? Ja 0 Nej 2 Neuropsykologiska problem? Svår demens eller depression 0 Lindrig demens eller depression 1 Inga neuropsykologiska problem 2 BMI Längd: Vikt: BMI:	Fråga personen, närstående eller tidigare vårdgivare: Har du/personen fallit under senaste året? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Fråga personal (dag och natt): Tror du att du/personen kommer att falla om ingen förebyggande åtgärd sätts in? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Summa:	Summa:	Summa:
20 poäng eller lägre = Ökad risk för tryckskada	8-11 poäng = risk för undernäring 0-7 poäng = undernärdd	Ja på minst en fråga = risk för fall
Bedömning gjord av: _____		
Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____		

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

Revised Oral Assessment Guide – Jönköping (ROAG-J)

<p>Röst</p> <p>Ej aktuellt att bedöma 0</p> <p>Normal 1</p> <p>Torr, hes, smackande 2</p> <p>Svårt att tala 3</p> <p>Läppar</p> <p>Lena, ljusröda, fuktiga 1</p> <p>Torra, spruckna, sår i mungiporna 2</p> <p>Såriga, blödande 3</p> <p>Munslemhinnor (avlägsna ev. protes)</p> <p>Ljusröda, fuktiga 1</p> <p>Röda, torra eller området med färgförändring, beläggning 2</p> <p>Sår, med eller utan blödning, blåsor 3</p> <p>Tunga</p> <p>Ljusröd, fuktig med papiller 1</p> <p>Inga papiller, röd torr, beläggning 2</p> <p>Sår med eller utan blödning, blåsor 3</p> <p>Tandkött</p> <p>Har inget tandkött, har endast munslemhinna 0</p> <p>Ljusrött och fast 1</p> <p>Svullet, rodnat 2</p> <p>Spontan blödning 3</p>	<p>Tänder</p> <p>Har inga egna tänder 0</p> <p>Rena, ingen synlig beläggning eller matrester 1</p> <p>Beläggning eller matrester lokalt 2</p> <p>Beläggning, matrester generellt eller trasiga tänder 3</p> <p>Protes</p> <p>Har ingen protes 0</p> <p>Ren och fungerar 1</p> <p>Beläggning eller matrester 2</p> <p>Används ej eller dåligt fungerande 3</p> <p>Saliv</p> <p>Glider lätt 1</p> <p>Glider trögt 2</p> <p>Glider inte alls 3</p> <p>Sväljning (relaterat till smärta och muntorrhet)</p> <p>Ej aktuellt att bedöma 0</p> <p>Obehindrad sväljning 1</p> <p>Obetydliga sväljproblem 2</p> <p>Uttalade sväljproblem 3</p> <p>Förklaring</p> <p>1=frisk eller normalt tillstånd</p> <p>2=måttliga förändringar/avvikelser</p> <p>3=svårare förändringar/avvikelser</p>
<p>Summa antal 2-or: _____ (Åtgärdas på enheten)</p> <p>Summa antal 3-or: _____ (Remiss skickas till tandvården)</p>	

Bedömningen gjord av:	Datum:
------------------------------	---------------

Nästa riskbedömningstillfälle (se datum för övriga riskbedömningar):

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing forum, översatt och modifierat Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, reviderad september 2000. ROAG samt åtgärdsförslag vid symptom grad 2 är kompletterade/modifierade av leg tandläkare Monica Nordling och leg tandhygienist Eva Herremo Folkandvården, Landstinget i Jönköpings län 2011. Benämns ROAG-J.

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

<p>Trycksår vid riskbedömning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Kryssa i och ange sårlokalisering och kategori:</p> <p>Bakhuvud <input type="checkbox"/></p> <p>Öra höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Skuldra höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Armbåge höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Höftbenskam höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Ryggslut/Sacrum <input type="checkbox"/></p> <p>Sittbensknöl höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Såret uppstod: På egen enhet <input type="checkbox"/> På annan enhet <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<p>Ankel/Fotknöl höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Fotrygg höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Häl höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Tå höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Fotsula höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/></p> <p>Annat <input type="checkbox"/></p>	<p>Kategori</p> <p>1 Intakt hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benetskott, som inte bleknar vid tryck.</p> <p>2 Delhudsskada som visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbedd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt eller öppen/sprucken serumfylld blåsa.</p> <p>3 Subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup.</p> <p>4 Djup fullhudsskada som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas.</p> <p>Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt Fullhudsskada där sårbotten är täckt av fibrinbeläggning (gul, gulbrun, grön eller brun) och/eller nekros (gulbrun, brun eller svart). Det är inte möjligt att avgöra djupet förrän tillräckligt med nekros och/eller fibrin har tagits bort.</p> <p>Misstänkt djup hudsskada: sår djup okänt Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck, och/eller skjuv som medfört skada på underliggande vävnad.</p> <p>Läkt</p> <p>Källa: Vårdhandboken</p>
---	---	---