

Personnummer:	Namn:	Enhet:	Datum när åtgärderna planerades:
---------------	-------	--------	----------------------------------

Ringa in de åtgärder som planerats nedan och kryssa i de åtgärder som utförts.

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 <p>Lägesändring</p> <input type="checkbox"/> Regelbundna lägesändringar <input type="checkbox"/> Förflyttningsträning – ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> Hjälpmedelsförskrivning <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"/> Individuellt anpassad kost <input type="checkbox"/> Berikad kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassad kost <input type="checkbox"/> Kosttillägg <input type="checkbox"/> Minska nattfastan till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral näringstillförsel via sond <input type="checkbox"/> Parenteral näringstillförsel <p>Smärtlindring</p> <input type="checkbox"/> Bedömning av smärta <input type="checkbox"/> Smärtreducerande behandling – icke farmakologisk <input type="checkbox"/> Ordination av läkemedel <p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om hälsoproblem – Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede – Trycksår</p>	<p>Nutritionsbehandling</p> <input type="checkbox"/> Individuellt anpassad kost <input type="checkbox"/> Berikad kost <input type="checkbox"/> Konsistensanpassad kost <input type="checkbox"/> Kosttillägg <input type="checkbox"/> Minska nattfastan till max 11 timmar <input type="checkbox"/> Enteral näringstillförsel via sond <input type="checkbox"/> Parenteral näringstillförsel <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 <p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <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 <p>Viktkontroll</p> <input type="checkbox"/> Vägning 1 gång per vecka <input type="checkbox"/> Vägning minst 1 gång var tredje månad <p>Munvård</p> <input type="checkbox"/> Träning i munvård <input type="checkbox"/> Assistans vid munvård <p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om kostfrågor</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - Undernäring</p>	<p>Muskelfunktions och styrketräning</p> <input type="checkbox"/> Styrketräning <input type="checkbox"/> Balansträning <input type="checkbox"/> Gångträning <input type="checkbox"/> Träning av fysisk prestationsförmåga <p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <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 <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 <p><input type="checkbox"/> Information/undervisning om hälsoproblem- Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede- Fall</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Vid händelse av fall:</p> <p>Datum När inträffade fallet? (kl.) Konsekvens av fall</p> <p>Datum När inträffade fallet? (kl.) Konsekvens av fall</p> </div>

Enhet:	Personnummer:	Namn:	Datum när åtgärder planerades:
---------------	----------------------	--------------	---------------------------------------

Munhälsa

Om risk finns inom ett område sätts åtgärd in för respektive område.

Grad 2 åtgärdas av personal på enheten.

Grad 3 kräver remiss och åtgärder av tandvården.

<p>Röst</p> <p><input type="checkbox"/> Fukta munnen</p> <p>Läppar</p> <p><input type="checkbox"/> Smörj läpparna</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal smärtlindring läppar</p> <p>Munslemhinnor</p> <p><input type="checkbox"/> Rengöring och fuktning av munslemhinnor</p> <p><input type="checkbox"/> Borttagning av krutor</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal smärtlindring munslemhinnor</p> <p>Tunga</p> <p><input type="checkbox"/> Rengöring av tunga</p> <p><input type="checkbox"/> Fukta tungan</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal smärtlindring tunga</p> <p>Tandkött, Tänder, Implantat</p> <p><input type="checkbox"/> Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård själv</p> <p><input type="checkbox"/> Tandborstning – assistans eller fullständig hjälp</p> <p><input type="checkbox"/> Rengöring mellan tänderna – assistans eller fullständig hjälp</p> <p><input type="checkbox"/> Tvätta med skumgummitork – assistans eller fullständig hjälp</p> <p><input type="checkbox"/> Fluortillförsel utöver fluortandkräm – assistans eller fullständig hjälp</p> <p><input type="checkbox"/> Extra munvård vid förstärkt kost – assistans eller fullständig hjälp</p> <p>Protes</p> <p><input type="checkbox"/> Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård/protesrengöring själv</p> <p><input type="checkbox"/> Protesrengöring – assistans eller fullständig hjälp</p> <p><input type="checkbox"/> Rengöring av kvarvarande tänder och munslemhinnor - assistans eller fullständig hjälp</p>	<p>Saliv</p> <p><input type="checkbox"/> Fukta munslemhinnorna</p> <p>Sväljning (relaterat till smärta och muntorrhet)</p> <p><input type="checkbox"/> Underlätta sväljning genom fuktning av munnen</p> <p>Läkemedelsgenomgång</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång</p> <p>Rådgivning och information om munhälsa</p> <p><input type="checkbox"/> Rådgivning och information om munhälsa</p> <p>Kontakt/remiss till tandvård</p> <p><input type="checkbox"/> Kontakt/remiss till tandvård vid minst en grad 3</p> <p>Vård i livets slutskede – Munhälsa</p> <p><input type="checkbox"/> Vård i livets slutskede - munhälsa</p>	
Planerad uppföljning	Genomförd	Signatur
Datum:	Datum:	

ROAG samt åtgärdsförslag vid symptom grad 2 är kompletterade/modifierade av leg tandläkare Monica Nordling och leg tandhygienist Eva Herremo Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län 2011. Benämns ROAG-J.

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

<p>Trycksår vid uppföljning</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>Vårdrelaterad uppkomst: Egen vårdgivare <input type="checkbox"/> Annan vårdgivare <input type="checkbox"/> Ingen uppgift <input type="checkbox"/></p>	<p>Kategori</p> <p>1 Intakt hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benutskott, 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 sårbottnen 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>Missstänkt djup hudskada: 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>Källa: Vårdhandboken</p>
--	---

Avslut datum: _____
