

## POST-STROKE CHECKLISTA (PSC) enkät

Förbättra livet efter stroke

Post-Stroke Checklisten (PSC) är framtagen för att hjälpa vårdgivare att identifiera problem efter stroke, vilka är möjliga för åtgärd eller remittering.

Namn och personnummer:

.....

Ifylld av: Sjukvårdspersonal  Patient  Närstående  Annan  .....

Datum: .....

**Sedan senaste undersökning / behandling  
eller sedan din stroke om du inte haft någon undersökning eller behandling sedan dess:**

<b>1. SEKUNDÄRPREVENTION</b>	
Har du fått råd om hälsorelaterade livsstils-förändringar eller läkemedel för att förhindra en ny stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>2. AKTIVITETER I DAGLIGT LIV (ADL)</b>	
Har du <b>svårare</b> att klara dig själv?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA på föregående fråga: <ul style="list-style-type: none"><li>- Har du svårigheter att klä dig, tvätta dig eller duscha själv?</li><li>- Har du svårt att laga varm dryck eller mat?</li><li>- Har du svårare att ta dig utomhus? (Kryssa i JA om någon av dessa tre frågor stämmer)</li></ul>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>3. MUNHÄLSA OCH NUTRITION</b>	
Har du <b>fått svårigheter</b> med din munhälsa eller ditt näringsintag?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA på föregående fråga: <ul style="list-style-type: none"><li>- Har du svårt att sköta din munhygien eller upplever du aptitlöshet</li><li>- Har du svårt att äta/svälja</li><li>- Har du gått ner i vikt (Kryssa i JA om någon av dessa tre frågor stämmer)</li></ul>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>4. RÖRLIGHET</b>	
Har du <b>svårare</b> att gå eller att förflytta dig säkert från säng till stol?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA på föregående fråga: <ul style="list-style-type: none"><li>- Får du fortlöpande rehabiliteringsinsatser?</li></ul>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>5. SPASTICITET</b>	
Upplever du en <b>ökad</b> stelhet i armar, händer och/eller ben?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA på föregående fråga: <ul style="list-style-type: none"><li>- Hindrar detta dig i dagliga aktiviteter?</li></ul>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA

<b>6.</b>	
Upplever du någon <b>ny</b> smärta relaterad till din stroke?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>7. INKONTINENS</b>	
Har du <b>mer</b> problem med att kontrollera din blåsa eller tarm?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>8. KOMMUNIKATION</b>	
Upplever du att det är <b>svårare</b> att kommunicera med andra människor?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>9. SINNESSTÄMNING</b>	
Upplever du <b>mer</b> oro eller nedstämdhet?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>10. KOGNITION</b>	
Upplever att du har <b>svårare</b> att tänka, uppmärksamma saker, koncentrera dig eller minnas?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Om JA på föregående fråga: - Försvårar/ hindrar det dig i dina dagliga aktiviteter?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>11. HJÄRNTRÖTTHET (FATIGUE)</b>	
Upplever du mental trötthet som påverkar din förmåga att träna eller utföra andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>12. LIVET EFTER STROKE</b>	
Upplever du det <b>svårare</b> att genomföra saker som är viktiga för dig, såsom t ex att utöva fritidsaktiviteter eller hobbyer, arbeta eller ha ett aktivt sexualliv?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>13. FAMILJERELATIONER</b>	
Upplever du att ditt förhållande till andra människor (familj, vänner eller andra) har blivit <b>mer</b> komplicerat eller stressfyllt?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>14. ANDRA UTMANINGAR</b>	
Har du några övriga strokerelaterade utmaningar eller bekymmer som påverkar din återhämtning och/eller som orsakar dig svårigheter?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>FORTSATT PLANERING</b>	
Vill du att vi kontaktar dig per telefon? Ange i så fall på vilket telefonnummer vi kan nå dig: _____	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA