



## Undersökning Månad 6

Utöver dessa frågor så ber vi dig göra följande undersökningar: NIHSS, MoCA, NGTA, DSM-IV, MADRS, Emotionalism samt EQ5D.

### DOKUMENTERAS ÄVEN I ELEKTRONISK CRF (OpenClinica).

	Ja	Nej
Aktuell arm- och benfunktion.		
a. Kan patienten lyfta båda armarna från sängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kan patienten gå utan hjälp av annan person? Gånghjälpmedel tillåtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graviditetsprov för fertila kvinnor taget (S-HCG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hur ofta tog patienten studieläkemedlet?</p> <p><input type="checkbox"/> 7 dagar per vecka</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6 dagar per vecka</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4 dagar per vecka</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 dagar per vecka</p> <p><input type="checkbox"/> Gjort vissa uppehåll med studieläkemedlet</p> <p>Ange vilka dagar patienten inte tog studieläkemedlet: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Slutat ta studieläkemedlet</p> <p>Om patienten slutat ta studieläkemedlet, när tog han/hon sista kapseln (datum): _____</p> <p>Ange skälet till varför patienten slutade med studieläkemedlet: _____</p> <p>_____</p>		
<p>Har patienten drabbats av några problem som kan vara relaterade till studieläkemedlet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om Ja, beskriv patientens problem kortfattat: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Har patienten varit sjukhusvårdad sedan han/hon skrevs ut från sjukhuset pga sin stroke? (OBS! Denna fråga är till för att fånga upp eventuell SAE, allvarliga händelser som måste rapporteras i OpenClinica via AE-sidan.

Avser inte planerade inläggningar t.ex. planerade operationer samt rehabilitering.)

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange vilket sjukhus: \_\_\_\_\_

Ange orsaken/orsakerna till sjukhusvistelsen: \_\_\_\_\_

Uppskatta hur mycket organiserad träning (individuell eller i grupp) samt egenträning patienten har genomfört sedan senaste kontakten. Runda av till närmaste halvtimme.

a) Träning med sjukgymnast/fysioterapeut, antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

b) Träning med arbetsterapeut, antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

c) Träning med logoped, antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

d) Träning med neuropsykolog, antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

e) Träning med annan, nämligen (ange inriktning) \_\_\_\_\_ antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

f) Egenträning, nämligen (t ex promenader, gym etc.) \_\_\_\_\_, antal ggr \_\_\_\_\_ minuter/tillfälle \_\_\_\_\_

### Har patienten under de senaste tre månaderna drabbats av något av följande?

Ny stroke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Blödande magsår som krävt blodtransfusion eller gastroskopi?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Benbrott	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Krampanfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vid diabetes: Dåligt kontrollerad diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hyponatremi (om uppgift finns)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Datum	Namn på studiepersonal som fyllt i detta formulär
-------	---