

FORMULÄR FÖR UPPFÖLJNING AV STROKEREGERINGAR

Datum: ..... Uppgiftslämnare: .....

**A. Tandvårdskontakt**

1. Hur ofta gick du till tandläkare/tandhygienist innan du blev sjuk?

.....

2. Har du varit hos tandläkare/hygienist någon gång efter ditt insjuknande?

Svar på fråga 2 är JA		Svar på fråga 2 är NEJ	
Senaste besök		För sjuk	
Tandl		Svårt få följeslagare	
Hygienist		Tdl mott ej HK anpass	
Rev besök		Saknar egna tänder	
Akut besök		Inte blivit av	
		Annan orsak	

**B. Munvård**

3. Hur går det att borsta tänderna?

4. Upplever du att du är muntorr? JA NEJ

5. Pares i normal användarhand? JA NEJ

6. Borstar själv? JA NEJ DELVIS

7. Vid JA på fråga 5: Vem borstar?

8. Hur ofta borstar du/någon annan?

.....

**C. Hjälpmedel**

9. Elborste JA NEJ

10. Vanlig tandborste JA NEJ

11. Mellanrumshjälpmedel JA NEJ

12. Greppanpassning JA NEJ

**D. Fluorprofylax**

13. Använder du fluor i någon form? JA NEJ

Vid JA på fråga 13:

14. Tandkräm JA NEJ .....ggr/dag

15. Sugtablett med fluor JA NEJ .....ggr/dag

16. Fluorsköljning JA NEJ .....ggr/dag

17. Fluorgel JA NEJ .....ggr/dag

18. Om JA på fråga 4. Vad gör du för att lindra muntorrheten?

.....

**E. Hjälpinsatser**

19. Hjälpinsatser JA NEJ

20. Hemtjänstinsatser JA NEJ .....ggr/dag

21. Make/maka JA NEJ .....ggr/dag Bor ensam JA NEJ

22. Personlig assistent JA NEJ .....ggr/dag

23. Särskilt boende JA NEJ Avlastning

**F. Fysisk hälsa**

24. Var du förlamad före din stroke? JA NEJ

Om JA:

	Höger	Vänster
Arm		
Ben		
Hand		

25. Är du förlamad efter din stroke? JA NEJ

Om JA:

	Höger	Vänster
Arm		
Ben		
Hand		

26. Hade du något hjälpmedel vid förflyttning innan du insjuknade? JA NEJ

Om JA:

Käpp	
Bock	
Rullator	
Rullstol	

27. Har du något hjälpmedel vid förflyttning nu? JA NEJ

Om JA:

Käpp	
Bock	
Rullator	
Rullstol	

**G. Matsituationen**

28. Kan du äta all slags mat? JA NEJ

29. Om NEJ: vad kan du inte äta?

.....

30. Bearbetar du maten för att kunna äta? JA NEJ

31. Behöver du hjälp att äta? JA NEJ

Om JA:

Finfördelar	
Hackar	
Passerar	
PEG	
Svårt med	

32.

	JA	Frekvens	NEJ
Sätter du i halsen vid måltid?			
Hostar du vid måltid?			
Läcker det ut mat/dryck vid måltid?			
Kan du dricka tunnflytande drycker?			
Rinner det ut saliv i mungipan?			
Blir det mat kvar i munnen efter måltiden?			
Biter du dig i kind, tunga eller läpp?			
Har ditt tal blivit påverkat av sjukdomen?			
Undviker du att äta med andra?			