



Obs! Registrerade uppgifter måste vara journalförda

RIKSSTROKE – TIMING

Studiepatients-ID |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| Patientens initialer |_|_|_| Födelseår |_|_|_|

----- NOAK - START -----

Om patient är utskriven vid NOAK-start, kontakta denne för att besvara fråga 1-3, registrera senaste utförda blodtryck och NIHSS-kontroll på fråga 4-5.

1. Påbörjat behandling med NOAK =ja =nej

1.1 Om nej, huvudorsak till varför NOAK inte påbörjats

=Patient avliden före start =Patient vill inte starta NOAK =Behandlande läkare vill inte starta NOAK

2. Datum och tidpunkt för första NOAK dos ÅÅMMDD |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

TIM:MIN |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

3. Typ av NOAK vid behandlingsstart

= Eliquis =Pradaxa = Xarelto = Lixiana

4. Blodtryck vid behandlingsstart Systoliskt/Diastoliskt |_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_| mmHg

5. NIHSS-poäng vid behandlingsstart |_|_|_|_|_|

Om neurologiskt stabil går det bra att använda tidigare NIHSS-bedömningar

5.1 Datum när NIHSS utfördes: ÅÅMMDD |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

----- För deltagare i Biomarkörsstudie -----

6. Senaste Hemoglobin (Hb)-värde före start av NOAK |_|_|_|_|_| g/l

6.1 Datum för Hb-värde ÅÅMMDD |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

7. Senaste Kreatinin-värde före start av NOAK |_|_|_|_|_| µmol/l

6.1 Datum för Kreatinin-värde ÅÅMMDD |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

8. Datum för när blodprov för biomarkörstudie tagits

ÅÅMMDD |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

----- **VÅRD** -----

Registreras vid utskrivning från AKUTVÅRD

1. DT hjärna utförd efter randomisering

=ja - planerad kontroll =ja - oplanerad, akut (pga. klinisk försämring) =nej

1.1 Om ja, datum för DT hjärna efter randomisering ÅÅMMDD |__|__||__|__||__|__|

2. MRT hjärna utförd efter randomisering

=ja - planerad kontroll =ja - oplanerad, akut (pga. klinisk försämring) =nej

2.1 Om ja, datum för MRT hjärna efter randomisering ÅÅMMDD |__|__||__|__||__|__|

3. Ny hjärninfarkt/Allvarlig blödning under vårdtid (inom 28 dagar) =ja =nej

Om ja, fyll i **Händelse inom 28 dagar** (om det inte redan är gjorts)!

4. Avliden under vårdtiden pga. Ny hjärninfarkt/Allvarlig blödning =ja =nej

Om ja, fyll i **Händelse inom 28 dagar** (om det inte redan är gjorts)!
(Besvaras i ordinarie Riksstroke Ankomst/Inläggning)

----- **UPPFÖLJNING 14 DAGAR EFTER RANDOMISERING** -----

0. Datum för 14-dagars uppföljning ÅÅMMDD |__|__||__|__||__|__|

1. Vårdas fortfarande ineliggande efter den initiala hjärninfarkten =ja =nej

1.1 Om nej, avliden under de första 14 dagarna efter randomisering =ja =nej

2. Ny hjärninfarkt eller Allvarlig blödning

under de första 14 dagarna efter randomisering

=ja =nej

Om ja, fyll i Händelse inom 28 dagar (om det inte redan är gjorts)!

3. Uppehåll (mer än 36 timmar) eller utsättning av NOAK

under de första 14 dagarna efter randomisering

=ja =nej

**3.1 Datum för sista dos innan 1:a
uppehåll/ utsättning**

ÅÅMMDD

|__|__||__|__||__|__|

3.1.1 Datum för ev återinsättande

ÅÅMMDD

|__|__||__|__||__|__|

**3.2 Datum för sista dos innan 2:a
uppehåll/ utsättning**

ÅÅMMDD

|__|__||__|__||__|__|

3.2.1 Datum för ev återinsättande

ÅÅMMDD

|__|__||__|__||__|__|

(Fler uppehåll kan registreras vid behov)

----- **UPPFÖLJNING 90 DAGAR EFTER RANDOMISERING** -----

Om enkätsvar inte inkommer, kontakta patient för svar på frågor nedan (fråga 1-2 är specifika för TIMING, övriga frågor ingår i Riksstroke ordinarie uppföljning)

0. Datum för ifyllande av enkät ÅÅMMDD |__|__| |__|__| |__|__|

0.1 Avliden |__| = ja |__| = nej

0.1.1 Avlidandedatum ÅÅMMDD |__|__| |__|__| |__|__|

0.2 Uppföljning utförd |__| = ej möjlig |__| = ej möjlig pga utlandsflytt |__| = patient vill avstå

I. Uppehåll eller utsättning av NOAK efter utskrivning och inom 90 dagar

|__| = ja – avslutat behandling |__| = ja – gjort ett eller flera uppehåll, men har återupptagit behandlingen

|__| = nej – fortsatt utan avbrott

II. Återinlagd på sjukhus efter det initiala strokevårdtillfället efter utskrivning och inom 90 dagar

|__| = ja, pga **Ny hjärninfarkt** vid: |__| = detta sjukhus |__| = annat sjukhus

|__| = ja, pga **Hjärnblödning** vid: |__| = detta sjukhus |__| = annat sjukhus

|__| = ja, pga **Magblödning** vid: |__| = detta sjukhus |__| = annat sjukhus

|__| = ja, pga **Annan blödning** vid: |__| = detta sjukhus |__| = annat sjukhus

|__| = ja, pga **Annan orsak** vid: |__| = detta sjukhus |__| = annat sjukhus

Om patient vårdats inläggande, kontrollera uppgift i journal (om möjligt) innan inmatning!

3. Var vistas du nu?

|__| = Bor hemma i eget boende, utan hemtjänst. (hemtjänst avser **inte** hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

|__| = Bor hemma i eget boende, med hemtjänst. (hemtjänst avser **inte** hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

|__| = Särskilt boende (ex. sjukhem, servicehus, korttidsboende, gruppboende, slussplats, växelboende eller motsvarande).

|__| = Akutsjukhus (t.ex. medicin, neurolog, kirurgklinik)

|__| = Geriatrisk-/Rehabklinik |__| = Annat

4. Har du fortfarande besvär efter din stroke?

|__| = Alla besvären har gått över helt |__| = Jag har fortfarande besvär

5. Hur är din rörlighet nu?

|__| = Jag kan förflytta mig både inomhus och utomhus utan hjälp av annan person

|__| = Jag kan förflytta mig inomhus, men inte utomhus utan hjälp av annan person

|__| = Jag får hjälp av annan person vid förflyttning både inomhus och utomhus

6. Får du hjälp av någon vid toalettbesök?

|__| = Jag klarar toalettbesök helt själv

|__| = Jag får hjälp vid toalettbesök

7. Får du hjälp med på- och avklädning?

|__| = Jag klarar på- och avklädning helt själv

|__| = Jag får hjälp med på- och avklädning

8. Är du idag beroende av stöd eller hjälp av anhörig/närstående?

|__| = Har ingen anhörig/närstående eller saknar kontakt med anhörig/närstående

|__| = Ja, helt beroende

|__| = Ja, delvis beroende

|__| = Nej, inte alls

9. Vem har besvarat detta frågeformulär?

|__| = Jag själv ensam skriftligt

|__| = Jag själv med hjälp av anhörig/närstående eller vårdpersonal

|__| = Jag själv (patienten) per telefon

|__| = Jag själv (patienten) vid återbesök på sjukhus/vårdcentral

|__| = Endast vårdpersonal

|__| = Endast närstående