

[Pas.NAvn], [Pas.Splittfodselsnr], [Pas.Adressepoststed] **DOKUMENTET BRUKES IKKE LENGRE, skal ikke arkiveres**

[Hendelsedato] Hoftebrudd, registreringsskjema

Kjønn: [Pas.Kjonn]

Kommune: [Pas.Kommunenavn]

Inn dato: [OmsE.Starttid] **kl** [OmsE.Startklokken]

Ut dato: [OmsE.Sluttid]

Liggedøgn:

Operert dato: **Ventetid på operasjon (timer):** **ASA:**

Reinnleggelse (innen 1 mnd): Ja/Nei (stryk)

Mobilitet før innleggelse

	Gange uten hjelpemiddel
	Gange med stokk eller staver
	Gange med rullator
	Rullestolbruker

Diagnoser: [Bel.Diagnoser]

Utskrives til

	Sykehjem til vurderingsopphold
	Rehab/opptreningssenter
	Hjem
	Hjem med hjemmesykepleie
	Annen sykehusavdeling internt SSHF
	Ekstert (annet sykehus)
	Fast plass sykehjem
	Mors

Sannsynlige medvirkende medisinske årsaker til fallet Antall fall siste år (inkludert det aktuelle)

	Ulykke/uhell		1 fall
	Medisinske årsaker		Flere fall
	Uforklarlig		Vet ikke
	Sted: Hjemme		
	Borte		

Se forklaring på baksiden av arket!

Vekt inn: **Dato:** xx kg

Høyde: **KMI:**

Antall legemidler ved innleggelse: (faste) (behov)

Antall legemidler ved utskriving: (faste) (behov)

Kroniske langvarige sykdommer

	Tidligere hjerteinfarkt		Moderat til alvorlig leversykdom
	Hjertesvikt		Diabetes uten kroniske komplikasjoner
	Perifer vaskulær sykdom		Diabetes med kroniske komplikasjoner

	Cerebrovaskulær sykdom		Hemiplagia eller paraplegia
	Demens		Moderat til alvorlig nyresykdom
	Kronisk lungesykdom		Kreftlidelse
	Bindevevssykdom		Metastatisk tumor
	Magesår		HIV/AIDSs
	Mild leversykdom		

Type brudd

	Lårhalsbrudd udislokert (garden 1 og 2)		Pertrokantært to fragment
	Lårhalsbrudd dislokert (garden 3 og 4)		Pertrokantært flerfragment
	Lateralt lårhalsbrudd		Subtrokantært

A Type primæroperasjon

	1 To skruer eller pinner		7 Kort margnagle uten distal sperre
	2 Tre skruer eller pinner		8 Kort margnagle med distal sperre
	3 Bipolar hemiprotese		9 Lang margnagle uten distal sperre
	4 Totalprotese		10 Lang margnagle med distal sperre
	5 Glideskrue og plate		11 Annet spesifiser:
	6 Glideskrue og plate m trokantær støtteplate		

B Reoperasjon 1. opphold

C Nyinnlagt for reoperasjon

	12 Ja		14 Ja
	13 Nei		

Reoperert dato:

Komplikasjoner/forverring av kjent sykdom under oppholdet

	Delirium (ved pos. CAM)		Fall i avdelingen med skade
	Trykksår		Fall i avdelingen uten skade
	Urinveisinfeksjon		Postoperativ sårinfeksjo
	Luftveisinfeksjon		Hematom
	Hjertesvikt/Hjertesykdom		Osteosyntesesvikt
	Nyresvikt		Luksasjon hofteprotese
	Behov for blodtransfusjon		

Antall komplikasjoner:

Funksjonsvurdering

	Premorbid	1. - 3. PO dag	Ut
Barthel (20 poeng)			
IQ-code (16 pkt)			
MMS-NR (30 poeng)			
Klokketest			
Fysio test (CAS)			

Ferdig utfylt skjema:

[Forf.Tittel] [Forf.Per.Fornavn] [Forf.Per.Etternavn]
[Sys.dato]/[SIGNATUR]

Forklaring til utfyllingen av skjema:

Sannsynlige medvirkende årsaker til fallet :

1. Ulykke/uhell: Snublet, mistet balansen, trådte feil, skled, ulykke, annet

2. Medisinske årsaker: Akutt sykdom: -hjerneslag, hjertesykdom, infeksjon, dehydrering.

Kronisk sykdom:- ernæringssvikt, ortostatisme, artrose, nevrologi, kognitiv svikt, demens, muskelsvakhhet, UVI, medisiner, syn, arytmi, annen hjertesykdom

3. Uforklarlig: Pasienten falt plutselig sammen, bena sviktet, besvimte, var svimmel, vet ikke, Annet

Diagnose: Diagnose angitt i epikrise ved utreise.

Reinnleggelser: Hvis samme pasient innlegges innen 1 mnd etter forrige opphold i Medisinsk eller Kirurgisk avdeling her registreres oppholdet som reinnleggelse.

Osteoporose: Har diagnosen osteoporose, står på behandling og har hatt tidligere brudd.

Gradens klassifisering av lårhalsbrudd:

Graden 1: ikke komplett brudd av lårhalsen (såkalt innkilt)

Graden 2: komplett lårhalsbrudd uten dislokasjon

Graden 3: komplett lårhalsbrudd med delvis dislokasjon. Fragmentene i kontakt, men det er feilstilling

Graden 4: komplett lårhalsbrudd med full dislokasjon. Caputfragmentet er fritt og ligger korrekt i acetabulum slik at trabeklene er normalt orientert.

Arbeids-ansvarsfordeling i forhold til registrering/vurdering:

Sykepleier: Kjønn, bydel, inn/ut, innlagt post, utskrivningsklar dato, liggedøgn, utreise til. Vekt og høyde ved innleggelse eller så snart som mulig. $KMI = \text{vekt (kg)} / \text{høyde (m)} / \text{høyde (m)}$

Barthel premorbid: Funksjon før akutt sykdom/akutt forverrelse fylles ut av pasient (hvis kognitiv funksjon er tilfredsstillende (MMS-NR>20) og/ eller pårørende tidlig i oppholdet

Barthel: 1-3 dag og ved utreise (sykepleiers observasjon)

CAM - Ved tegn til delirium benyttes CAM og registreres. Spesielt viktig ved innleggelse/1.dag, men delirium senere under oppholdet registreres også. Subgr.(hyperaktivt, hypoaktivt, blandet) registreres ved delirium.

IQ-CODE: kognitiv funksjon 2 uker før innleggelsen sammenliknet med for 10 år siden, skåres av pårørende ved at de fyller ut skjema eller intervjues av sykepleier, evt ergoterapeut.

Ergo: Ved høy IQCODE (>3.6) sannsynlig demens - må pasienten utredes (fortrinnsvis etter oppholdet). MMS ved utreise hvis IQCODE >3.6 eller pasienten har hatt delirium.

Fysio: Ansvarlig for å fylle ut kartlegging om mobilitet, og gjennomføre evt test.

Lege: Medisinske og kirurgiske data (diagnoser, kroniske sykdommer, type brudd komplikasjoner).

Utfylling av skjema: Utfylling av skjema (så mye som mulig) skjer på første tverrfaglige møte, og fylles ut fortløpende under oppholdet. Postlegen er ansvarlig for slutføring av skjema, signerer når dette er gjort.