

Formulär: KOL-inneliggande

Variabler som registreras i Luftvägsregistret när patient med KOL vårdats inneliggande

Rökning? Erbjuden rökavvänjning?	Personuppgifter Diagnos Längd och vikt	Vid BMI < 22, har åtgärd genomförts?
Exacerbationer senaste 12 månaderna?		Ankomstvariabler: Svårighetsgrad av försämringsskov? Missfärgade sputa?
KOL-stadium 1-4? Saturation?		Utlösande orsak till vårdtillfället?
Känd hjärtsjukdom? Samsjuklighet?		NIV/Blevel?
Behov av inneliggande vård senaste 12 månaderna?		Genomgången KOL-relaterad fysioterapeutkontakt under vårdtiden?
Uppföljning planerad?		Läkemedel under vårdtiden?
LTOT (syrgas i hemmet)?	Läkemedel vid hemskrivning?	

KOL – inneliggande vård

Personnummer: _____

Namn: _____

* Inskrivningsdatum inneliggande vård:

Inläggningsavdelning:

- Lungmedicinsk klinik
 Internmedicinsk avdelning
 Annan

ANKOMSTVARIABLER

Svårighetsgrad av försämringskov:

- Lindrig till medelsvår
 Svår
 Livshotande
 Annan diagnos

Missfärgad sputa:

- Ja Nej

VÅRDFÖRLOPP

CAT (heltal mellan 0 och 40): _____

Strukturerad patientutbildning:

- Inom 5 år
 Nej

⚠ Vilket av följande har patienten erhållit?

- Sjukdomskunskap
 Egenvård
 KOL-skola
 Läkemedelsbehandling inkluderande inhalationsteknik
 Riskfaktorer

Fysisk kapacitet – 6 minuters gångtest utförd de senaste 12 månaderna:

- Ja Nej
 < 350 meter ≥ 350 meter

Rökare:

- Ja Nej

Lungfunktionsmått:

- Stadium 1
 Stadium 2
 Stadium 3
 Stadium 4
 Okänt/Finns ej data

Antal exacerbationer de senaste 12 månaderna: _____

Antal inneliggande vårdtillfällen totalt de senaste 12 månaderna: _____

Antal inneliggande vårdtillfällen p.g.a. KOL de senaste 12 månaderna: _____

Förekomst av känd hjärtsjukdom:

Ja Nej

Har patienten en pågående eller genomgången Covid-19 infektion:

Nej Genomgången infektion
 Ja, pågående infektion Okänt
 Misstänkt pågående infektion

Har test för Coronavirus (SARS-CoV-2) genomförts:

Inte taget Taget, men ännu ej svar
 Negativt test Okänt
 Positivt test

Datum för Covid-19 diagnos _____

Längd och vikt:

BMI:

Åtgärd om BMI < 22:

Längd: _____ cm Dietistkontakt
 Vikt: _____ kg Annan


Genomgången KOL-relaterad fysioterapeutkontakt under vårdtiden:

Ja Nej

NIV-Indikation uppfylld:

NIV/Bilevel given:

Ja Nej Ja Nej

 Om NIV-Indikation = Ja och NIV/Bilevel given = Nej

Orsak till ej given NIV/Bilevel:

Aktivt patientval Kontraindikation Intubation Palliativ vård Annat

Antibiotika givet:

Peroral kortisonkur given:

Ja Nej Ja Nej

UTSKRIVNING

Skriftlig behandlingsplan given:

Ja Nej

Saturationsmätning gjord på luftandning
innan hemgång:

Ja Nej

Rökavvänjning erbjuden (om rökare):

Ja Nej

Långverkande antikolinergika

Vid inskrivning:

Vid utskrivning:

Ja Nej Ja Nej

Beta-2-stimulerande långverkande och antikolinergika långverkande i fast kombination

Vid inskrivning:

Vid utskrivning:

Ja Nej Ja Nej

Steroid inhalation och Beta-2-stimulerande långverkande i fast kombination

Vid inskrivning:

 Ja Nej

Vid utskrivning:

 Ja Nej**Steroider inhalation och Beta-2-stimulerande långverkande och antikolinergika långverkande i fast kombination**

Vid inskrivning:

 Ja Nej

Vid utskrivning:

 Ja Nej**Kronisk syrgasbehandling i hemmet**

Vid inskrivning:

 Ja Nej

Vid utskrivning:

 Ja Nej

Har bedömning avseende utlösande orsak till aktuellt vårdtillfälle gjorts:

 Ja Nej Om ja på ovanstående fråga:

Exacerbation:

 Ja Nej

Pneumoni:

 Ja Nej

Lungemboli:

 Ja Nej

Pneumothorax:

 Ja Nej

Kardiell orsak:

 Ja Nej

Annat:

 Ja Nej

Avliden under vårdtillfället:

 Ja Nej

Uppföljning planerad:

 Ja, via Primärvården Ja, via Specialistmottagning Nej

Utskrivningsdatum från slutenvård:
