

GAGNASAFN VEGNA HEIMAÞJÓNUSTU ALDRADRA

(Matið byggir á aðstæðum síðustu **7 daga**,
nema annar tímarammi sé gefinn upp)

AA. PERSÓNUUPPLÝSINGAR

1. NAFN SKJÓLSTÆÐINGS OG HEIMILISFANG

2. RANNSÓKNARNÚMER

--

BB. PERSÓNUUPPLÝSINGAR

(Skráið þegar skjólstæðingur innakrifast)

1. KYN

1. Karl	2. Kona	
---------	---------	--

2. FÆÐINGARDAGUR /KENNITALA

Fæðingardagur og ár	-fæðingarnúmer
	-

3. HJÚSKAPARSTAÐA

1. Aldrei gift/kvænst
2. Gift/kvæntur
3. Ekkja/ekkill
4. Skilin/skilinn að borði og sæng
5. Fráskilin/fráskilinn
6. Annað

4. ÁBYRGÐ-LÖGRÁÐAMAÐUR

a. Skjólstæðingur hefur loðráðamann	nr.
0. Nei 1. Já	
b. Skjólstæðingur hefur sagt fyrir um læknismeðferð (t.d. að hafna sjúkráhusinnlögn.)	nr.
0. Nei 1. Já	

CC. BEIÐNI UM ÞJÓNUSTU

1. FYRSTA HEIMAVITJUN

Dagur	Mánuður	Ár

2. ÁSTÆÐA BEIÐNI (Greining sem leiddi til beiðni um aðstoð, skráið ICD-9-CM númer).
(Athugið - skráið aðrar sjúkdómsgreiningar í J hluta gagnasafnsins) ICD nr.

a.	
b.	
c.	

3. ÁSTÆÐA BEIÐNI

1. Í framhaldi af sjúkráhusdvöl	
2. Langtímahjúkrun í heimahúsi	
3. Vistunarmat	
4. Mat á þörf fyrir heimahjúkrun/-þjónustu	
5. Mat á þörf fyrir dagspítala/dagvist	nr.
6. Þátttakandi í rannsókn	

4. SKJÓLSTÆÐINGUR BÝR

1. Einn	
2. Með maka	
3. Með maka og öðrum	
4. Með barni sínu (en ekki maka)	
5. Með öðrum (en ekki maka eða barni)	nr.
6. Í sambýli (en ekki með fjölskyldu)	

5. FYRRI BÚSETUSAGA SKJÓLSTÆÐINGS Á HJÚKRUNARHEIMILI

Athugið alla búsetu skjólstæðings 5 árum fyrir komudagsetningu CC.1

Þjó á hjúkrunarheimili einhverja tíma síðastliðin 5 ár		nr.
0. Nei	1. Já	

HLUTI A. MATSUPPLÝSINGAR

1. DAGSETNING MATS

Dagur	Mánuður	Ár

2. ÁSTÆÐA MATS

1. Mat við fyrstu heimilisvitjun	
2. Framhaldsmat	
3. Reglubundið mat	
4. Endurmat eftir 30 daga, undanfari útskriftar frá heimahjúkrun	
5. Endurmat í kjölfar sjúkrahúsinnlagnar	
6. Breyting á heilsufarsástandi og aðstæðum	
7. Þátttakandi í rannsókn	

Athugið í rannsókninni á alltaf að merkja nr. 7

HLUTI B. VITRÆN GETA

1. MINNI

Skammtimaminni er óskert- virðist muna/rifjar upp eftir 5 mínútur

0. Minni óskert	nr.
1. Minni skert	

2. VITRÆN GETA TIL ÁKVARÐANATÖKU VIÐ DAGLEGAR ATHAFNIR

Hversu vel ræður skjólstaðingar við ákvarðanir varðandi daglegar athafnir (t.d. hvenær er farið á fætur eða eldaðar máltíðir, hvaða fatnaði á að klæðast og hvað á að gera)

0. SJÁLFSTÆÐI- skynsamlegar og samkvæmar ávarðanir	
1. TAKMARKAÐ SJÁLFSTÆÐI -dálitlir erfiðleikar þó aðeins við nýjar aðstæður	
2. MEÐAL SKERÐING - lélegar ákvarðanir: Þarfnast vísbendinga/leiðbeininga	nr.
3. MIKIL SKERÐING -tekur aldrei/sjaldan ákvarðanir	

3. MERKI UM ÓRÁÐ (Delerium)

a) Skyndileg eða nýtilkomin breyting á hegðun (þar með talin geta til að halda athygli vakandi, taka eftir því sem gerist, vera samkvæmur sjálfum sér, ofyrirséðar geðsveiflur yfir daginn)

0. Nei	1. Já	nr.
--------	-------	-----

b) Síðastliðna 90 daga hefur skjólstaðingur verið það skapstygður og óáritaður að öryggi hans hefur verið ógnað og hann þarfnast verndar

0. Nei	1. Já	nr.
--------	-------	-----

HLUTI C. HEYRN- TJÁSKIPTI

1. HEYRN (Með heyrnartæki -ef notað að staðaldri)

0. HEYRN Í LAGI- heyrir venjulegt tal, sjónvarp, síma, dyrabjöllu.	
1. SMÁVÆGILEGIR ERFIÐLEIKAR þegar umhverfið er ekki hljóðlætt	
2. HEYRIR EINGÖNGU VIÐ SÉRSTAKAR AÐSTÆÐUR - viðmælandi þarf að breyta tónhæð og tala skýrt	
3. VERULEG HEYRNARSKERÐING/ ENGIN NOTHÆF HEYRN	nr.

2. HÆFNI TIL AÐ GERA SIG SKILJANLEGAN

(Hæfni skjólstaðings til að tjá hug sinn án tillits til aðferðar)

0. SKILST	
1. SKILST VENJULEGA - Erfiðleikar með að finna orð eða ljúka hugsunum	
2. SKILST STUNDUM - tjáningargeta takmarkast við einfaldar beiðnir	nr.
3. SKILST SJALDAN EÐA	

3. HÆFNI TIL AÐ SKILJA AÐRA

(Skilur innihald munnlegra upplýsinga án tillits til aðferðar)

0. Fullur skilningur	
1. Venjulega fullur skilningur - getur misst af hluta skilaboða	
2. Skilur stundum - bregst við einföldum beinskeyttum skilaboðum	nr.
3. Skilur sjaldan/aldrei	

HLUTI D. SJÓN.

1. SJÓN

(Geta til að sjá í góðri birtu og með gleraugum þar sem það á við)

Á erfitt með að lesa letur dagblaða eða vinna nákvæmnisverk með gleraugum

0. FULLNÆGJANDI SJÓN- sér smáatriði, þar með talið venjulegt letur dagblaða/bóka	
1. SKERT SJÓN- sér stækkað letur, en ekki venjulegt letur dagblaða/bóka	
2. MEÐALSKERT SJÓN- takmörkuð sjón; sér ekki fyrirsagnir dagblaða, greinir á milli hluta	

3. MJÖG SKERT SJÓN- efasemdir um að geti greint á milli hluta en fylgir eftir hlutum með augunum

4. MIKIÐ SKERT SJÓN- blindur eða sér aðeins ljós. lit eða útlínur; fylgir ekki eftir hlutum með augunum

nr.

2. SJÓNTRUFLANIR/SJÓNSVIÐS-SKERÐING

Sér getslabang umhverfis ljós, sér ljósteifur, sér eins og tjald sé dregið fyrir auga

0. Nei 1. Já

nr.

HLUTI E. HUGARÁSTAND OG ATFERLISMUNSTUR

1. EINKENNI UM DAPURT EÐA KVÍÐIÐ HUGARÁSTAND

(Kóði fyrir þau einkenni sem sáust síðustu 30 daga áu tillits til mögulegra orsaka)

0. Slík einkenni ekki sýnileg síðustu 30 daga
1. Slík einkenni eru sýnileg í allt að fimm daga vikunnar
2. Slík einkenni er sýnileg daglega eða nær daglega (6 til 7 daga í viku)

Merkið í hvern reit með viðeigandi tölu skv. kóðanum

a) Upplifir leiða og þunglyndi. " Hver er tilgangurinn; Ekkert skiptir máli; Ég er einskis nýtur; Ég er ekki til gagns fyrir nokkurn mann; Vildi frekar vera dauður."

b) Viðvarandi reiði gagnvart sjálfum sér og öðrum - t.d. verður auðveldlega skapstygur; reiður vegna umönnunar sem hann fær

c) Endurteknar kvartanir um kvíða/áhyggjur- t.d. krefst stöðugrar athygli/staðfestingar á skipulagi daglegra athafna, matartíma, þvotta, klæðnaðar og tengsla

d) Dapurt, raunalegt, áhyggjufullt yfirbragð- t.d. hnykkjar augabryr/er þungur á brún

e) Grætur, tárast

f) Dregur sig í hlé frá daglegum samskiptum -t.d. enginn áhugi fyrir félagstarfi sem tekur langan tíma eða á að hafa samskipti við vini/ættingja

2. EINKENNI UM HEGÐUNARVANDA

Voru einhver tilvik síðastliðna 7 daga þar sem skjólstaðingur sýndi merki um eftirfarandi hegðunarvanda? Ef JÁ, var þá auðvelt að hafa áhrif á hegðunar-vandanum?

0. Ekki til staðar síðastliðna, 7 daga

1. Til staðar en auðvelt að breyta

2. Til staðar en ekki auðvelt að breyta

Merkið í hvern reit með viðeigandi tölu skv. kóðanum

a) RÁFAR UM ÁN SÝNILEGS TILGANGS, að því er virðist ómeðvitaður um eigin þarfir eða öryggi

b) ÁRASAGJARN Í ORÐI (skammar aðra, hrópar að öðrum, ógnar)

c) ÁRASAGJARN Í VERKI (slær aðra, hrindir, klórar, kynferðisleg áreitni)

d) ÓSÆMILEG FÉLAGSLEG HEGÐUN (er með hljóðum, hávaðasamur, hrópar, tortimandi hegðun, sýnir óviðeigandi kynferðislega hegðun á almanna færi, hendir/smyr út fæðu/hægðum, rótar í eignum annarra, stagikennnd hegðun, fer snemma á fætur og truflar aðra)

HLUTI F. FÉLAGSLEG VIRKNI

1. ÞÁTTTAKA

a. Skjólstaðingi líkar vel að vera með öðrum (t.d. að vera innan um fólk almennt)

0. Líkar vel 1. Líkar ekki vel

nr.

b. Tjáir sig ópinskát um ósatti/reiði gagnvart ættingjum eða vinum

0. Nei 1. Já

nr.

2. FÉLAGSLEGAR BREYTINGAR

Samanborið við fyrir 90 dögum, hefur dregið úr félagslegri, trúarlegri og starfslegri þátttöku skjólstaðings. Hefur skjólstaðingur áhyggjur af minnkadri þátttöku sinni?

0. Ekki dregið úr

1. Dregið úr, en engar áhyggjur

2. Dregið úr, áhyggjur

3. EINVERA

a. Tímalengd sem skjólstæðingur er einn yfir daginn (morgun og eftirmiðdagur)

0. Aldrei eða nærri aldrei	
1. Um það bil ein klukkustund	
2. Yfir lengri tímabil t.d. allan morguninn	
3. Alltaf	

b. Skjólstæðingur tjáir sig um einnanakenn

0. Nei	1. Já
--------	-------

HLUTI G. FÉLAGSLEGT STUÐNINGSKERFI

1. Aðstoð	a. Býr með skjólstæðingi	(A) Prim.	(B) Sec.
(A)	0. Já 1. Nei 2. Engin slík aðstoð (sleppið öðrum atriðum)		
(B)	b. Tengsl við skjólstæðing 0. Barn eða tengdabarn 1. Maki 2. Aðrir ættingjar 3. Vinur/nágranni		
	Tegund aðstoðar: 0. Já 1. Nei		
	c. Ráðgjöf eða tilfinningalegur stuðningur		
	d. IADL aðstoð		
(B)	e. ADL aðstoð		
	Er þörf fyrir og vilji fyrir aukinni aðstoð? 0. Meira en 2 klst. 1. Ein til tvær klst. 2. Nei	(A)	(B)
	f. Tilfinningalegur stuðningur		
	g. IADL aðstoð		
	h. ADL aðstoð		

2. HAGIR STUÐNINGSADILA

(Merkið við allt sem við á með ✓ í reitina)

a. Stuðningsaðili getur ekki lengur annast skjólstæðing t.d. vegna eigin heilsuleysis	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

b. Stuðningsaðili er ekki sáttur við stuðning fjölskyldu og vana (s.s. annarra barna skjólstæðings)

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

c. Umönnunaraðili lætur í ljós áhyggjur, reiði eða kvíða vegna umönnunar skjólstæðings

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

d. EKKERT AF OFANSKRÁÐU

3. UMFANG AÐSTOÐAR (klukkustundir)

Umönnun og aðstoð sem skjólstæðingur fékk frá fjölskyldu sinni, vinum eða nágrönnum síðastliðna 7 daga

a. Aðstoð samtals síðastliðna 5 daga	klst _____
b. Aðstoð samtals yfir helgi	klst _____

HLUTI H. LÍKAMLEG FÆRNI OG SJÁLFSBJARGARGETA VIÐ ALMENN DAGLEG VERK OG PERSÓNULEGAR ATHAFNIR DAGLEGS LÍFS

1. SJÁLFSBJARGARGETA VIÐ ALMENN DAGLEG VERK - Merkið við getu skjólstæðings við almenn reglubundin heimilisverk sem og utan heimilis síðastliðna 7 daga. Merkið bæði (A) og (B) vegna atriða a-g

(A) SJÁLFSBJARGARGETA VIÐ ALMENN DAGLEG VERK- TALNAKÓDI- (Miðað við getu skjólstæðings síðastliðna 7 daga)

0. Sjálfbjarga- gerði sjálfur
1. Lítilsháttar aðstoð- aðstoð stutta stund
2. Full aðstoð- framkvæmdi með aðstoð allan tímann
3. Gert af öðrum- framkvæmt af öðrum
8. Engin verk sem þurfti að sinna

(B) UMFANG VERKSINS- TALNAKÓDI

Hversu erfitt er verkið (eða gæti orðið) þurfi skjólstæðingur að gera það sjálfur?

0. Ekki erfitt
1. Lítilsháttar erfitt - t.d. þarfnast lítilsháttar hjálpar, er mjög hægur, eða þreyttur
2. Mjög erfitt - t.d. lítil eða engin þátttaka í framkvæmd verksins möguleg

Merkið með viðeigandi tölui í hvern reit, skv. talnakóða

	(A) Sjálfs- björg	(B) Erfið- leikar
a. MÁLTÍÐIR. Hvernig eru máltíðir undirbúnar (t.d. skipulagning máltíða, eldamennska, setja saman það sem fara á í rétti, bera fram mat og leggja á borð)		
b. HEIMILISSTÖRF Framkvæmd venjubundinna heimilisstarfa t.d. uppvask, þurrka af, búa upp rúm, taka til, þvo þvott		
c. FJÁRMÁL. Greiðsla reikninga, umsýsla ávísanaheftis, rekstur heimilisins		
d. LYFJANOTKUN. Hvernig er lyfjatöku stýrt t.d. muna hvenær taka á lyfin, opna lyfjaglós, taka rétta skammtastærð, sprauta sig og setja í sig augndropa		
e. SÍMANOTKUN. Hvernig er svarað í síma og hringt (með hjálpartækni s.s. stækkuðum tölustöfum á skífu, skammvali, hátalara)		
f. INNKAUP. Hvernig er innkaupum háttað (s.s. innkaupum á nylenduvörum og fjárumssýslu samfara því)		
g. FERÐIR. Hvernig skjólstæðingur kemst milli fjarlægðra staða með ökutæki, þ.e. til staða sem ekki eru í göngufjarlægð.		

2. SJÁLFSBJARGARGETA VIÐ PERSÓNULEGAR ATHAFNIR DAGLEGS LÍFS (ADL)

Eftirfarandi tekur til getu skjólstæðings við allar persónulegar athafnir daglegs lífs síðastliðna 7 daga, t.d. að klæða sig, borða o.s.frv. Sé skjólstæðingur sjálfbjarga athugið þá hvort hann hafi verið hvattur af öðrum eða einhver verið viðstaddur, sem leiðbeindi honum og fylgdist með.

Talnakódi:

0. Sjálfbjarga - Þarfnadist engrar hjápar eða eftirlits -EÐA-Hlaut hjálp/eftirlit einungis 1 - 2 sinnum síðastliðna 7 daga.
1. Tilsýn - Hvatning, eftirlit og vísbendingar veittar 3 sinnum eða oftar sl. 7 daga -EÐA-

- Hlaut tilsýn (3 sinnum eða oftar) og líkamleg hjálp innan við 1 - 2 sinnum sl. 7 daga
2. Takmörkuð aðstoð - Skjólstæðingur tók verulegan þátt í athöfninni; hlaut líkamlega aðstoð/leiðbeiningu við hreyfingu eða aðra léttu aðstoð (án þess að skjólstæðingnum væri lyft) 3 sinnum eða oftar
 3. Mikil aðstoð - Jafnframt því að skjólstæðingur framkvæmdi hluta af athöfninni sl. 7 daga var eftirfarandi aðstoð veitt 3 sinnum eða oftar:
-Verulegur stuðningur þar sem lyfta þurfti skjólstæðingnum (starfsmaður hélt á skjólstæðingi). EÐA - Öll hjálp frá umönnunaraðilum hluta tímans á sl. 7 dögum
 4. Algjörlega ósjálfbjarga - Öll hjálp veitt frá umönnunaraðilum alla sl. 7 daga
 8. Athafnir daglegs lífs fóru ekki fram allt 7 daga tímabilið (án tillits til getu)

Merkið í reitina með talnakóða

a. HREYFIFÆRNI Í RÚMI Hæfni til að hreyfa sig í og úr liggjandi stöðu, velta sér á hliðarnar og hagræða sér útafliggjandi	
b. FLUTNINGUR Hæfni til að flytja sig frá einni staðsetningu í aðra, að og frá; rúmi, stól, hjólastól, standandi stöðu (Ekki meðtalið til/frá salerni/baði.)	
c. FERÐAST MILLI STAÐA Á HEIMILINU (Sé notast við hjólastól-athugið þá ferðagetu í hjólastól um heimilið)	
d. KLÆÐAST Hæfni íbúans til að klæðast í og úr, þar meðtalið að ná í fötin í klæðaskápinn og ganga frá þeim aftur.	
e. MATAST Að borða og drekka, þar með er talin næringartaka með öðrum aðferðum s.s. í gegnum sondu.	
f. SALERNISFERÐIR Hæfni til að nota salerni (eða bekkenstól, bekju, þvagflösku); flutningur að/frá salerni. Þrifa sig að lokinni salernisferð, þerra sig, bleiuskipti, sjá um stomíu eða þvaglegg, lagfæra klæðnað	
g. PERSÓNULEGT HREINLÆTI Þar með talið að greiða hár, burstu tennur, raka sig, setja á sig andlitsfarða, þvo andlit, þvo sér um hendur, sjá um neðanþvott, (undanskilin ker- og sturtuböðun)	

3. BÖÐUN

Síðastliðna 7 daga (takið með startubað, kerbað, bað með þvottapoka við vask. (Undanskiljið þvott á baki og hári)

0. Sjálfbjarga

1. Eftirlit - eftirlit eingöngu
2. Fékk eingöngu aðstoð við flutning
3. Fékk aðstoð við hluta af böðun
4. Algjörlega ósjálfbjarga
8. Athöfnin var aldrei framkvæmd

nr.

4. LEIÐIR TIL AÐ KOMAST MILLI STAÐA

0. Engin hjálpartæki

1. Stafur
2. Hækja/Göngugrind
3. Scooter t.d. Amigo
4. Hjólástóll
5. Athöfnin átti sér ekki stað

Merkið með talnakóða í a. og b. lið

a. Innanhúss

b. Utanhúss

5. GETA TIL AÐ GANGA STIGA

Geta skjólstæðings síðastliðna 7 daga við að fara upp og niður stiga, taka eitt eða tvö þrep í einu, og nota handrið eftir þörfum. Ef skjólstæðingur hefur ekki notað stiga, merkið við getu hans til að ganga stiga.

0. Gengur upp og niður stiga án aðstoðar

1. Gengur upp og niður stiga með aðstoð
2. Fer ekki upp og niður stiga - gat það án aðstoðar
3. Fer ekki upp og niður stiga - gat það með aðstoð
4. Fer ekki upp og niður stiga - hefur ekki getu til þess
8. **EKKI ER VITAÐ** - hvort skjólstæðingur hefur farið upp og niður stiga og matsaðili getur því ekki metið getu hans

nr.

6. ÞREK

a. Miðað við venjubundna vika síðastliðna 30 daga, hversu marga daga hefur skjólstæðingur farið út úr húsi (í skemmri eða lengri tíma)

0. Daglega

1. Tvo til sex daga í viku
2. Einn dag í viku
3. Aldrei

nr.

b. Fjöldi klukkustunda í líkamlegri hreyfingu síðastliðna 7 daga (t.d. ganga, húsþrif, æfingar)

0. Tveir eða fleiri klukkutímar

1. Minna en tveir klukkutímar

nr.

7. SJÁLFSBJÖRG

- a. Skjólstæðingur telur að hann/hún geti bætt sjálfsbjörg sína (ADL, IADL, hreyfifærni)
- b. Ummönnunaraðili telur að skjólstæðingur geti bætt sjálfsbjörg sína (ADL, IADL, hreyfifærni)
- c. Skjólstæðingur hefur góðar batahorfur vegna sjúkdóms og/eða heilsufarsástands
- d. **EKKERT AF OFANSKRÁÐU**

HLUTI I. STJÓRN Á ÞVAGI OG HÆGÐUM SÍÐASTLIÐNA 14 DAGA

1. STJÓRN Á ÞVAGI

Stjórn á þvagutskilnaði (með hjálparaðferðum s.s. þvaglegg eða reglubundnum salernisferðum). Athugið - þó þvagdropar leki telst það full stjórn svo fremi sem nærfatnaður blotni ekki í gegn.

0. Full stjórn á þvagi

1. Venjulega full stjórn - ÞVAG, lausheldni einu sinni í viku eða sjaldnar;
2. Stundum lausheldni - ÞVAG, lausheldni 2 x eða oftar í viku, en ekki daglega;
3. Oft lausheldni - ÞVAG, tilhneiging til lausheldni daglega en einhver stjórn til staðar t.d. á daginn
4. Alger lausheldni - Hefur ófullnægjandi stjórn þvag, lausheldni oft á dag;

nr.

2. RÁÐ VIÐ ÞVAGLEKA

Merkið við allt með ✓ sem við á síðastliðna 14 daga

a. Notar bindi eða bleiur til að blotna ekki

b. Notar inniliggjandi þvaglegg

c. **EKKERT AF OFANSKRÁÐU**

3. STJÓRN Á HÆGDUM

Stjórn á hægðalosun síðastliðna 14 daga, jafnvel með aðstoð hjálparmedala, reglubundinna salernisferða eða þjálfun

0. Full stjórn á hægðum
1. Venjulega full stjórn-, lausheldni á hægðir sjaldnar en vikulega
 2. Stundum lausheldni -, lausheldni á hægðir x 1 í viku
 3. Oft lausheldni -, tilhneiging til lausheldni á hægðum 2-3 í
 4. Alger lausheldni - Hefur alltaf (eða svo til alltaf) ófullnægjandi stjórn á hægðum nr.

HLUTI J. SJÚKDÓMSGREININGAR

Merkið við sjúkdóma/sýkingar sem læknir hefur greint að eru til staðar og hafa þýðingu fyrir/áhrif á heilsufarsástand skjólstæðings, og hvort meðferðar er þörf til að halda einkennum niðri. Merkið einnig við sjúkdóma sem eru undir eftirliti heilbrigðisstétta eða hafa valdið sjúkráhusinnlögn síðastliðna 90 daga. (Athugið, Merkið aðrar viðeigandi greiningar í hluta CC-2)

0. Ekki til staðar
1. Til staðar, en þarfnast ekki meðferðar eða eftirlits hjúkrunarfræðings
 2. Til staðar og meðhöndlað af hjúkrunarfræðingi

Merkið með viðeigandi talnakóða í reitina

1. SJÚKDÓMAR

HJARTA- OG ÆÐASJÚKDÓMAR	
a. Stroke	<input type="checkbox"/>
b. Hjartabilun	<input type="checkbox"/>
c. Kransæðasjúkdómur	<input type="checkbox"/>
d. Háþrýstingur	<input type="checkbox"/>
e. Hjartsláttartruflanir	<input type="checkbox"/>
f. Útæðasjúkdómar	<input type="checkbox"/>

TAUGASJÚKDÓMAR	
g. Alzheimer sjúkdómur	<input type="checkbox"/>
h. Elliglöp önnur en Alzheimer sjúkdómur	<input type="checkbox"/>

i. Höfuðáverki	<input type="checkbox"/>
j. Heila- og mænusigg	<input type="checkbox"/>
k. Parkinson sjúkdómur	<input type="checkbox"/>

STOÐKERFI	
l. Gigt - liðbólgur	<input type="checkbox"/>
m. Mjaðmarbrot	<input type="checkbox"/>
n. Beingisnun	<input type="checkbox"/>

SKYNJUN	
o. Ský á auga	<input type="checkbox"/>
p. Gláka	<input type="checkbox"/>

GEÐSJÚKDÓMAR	
q. Geðræn sjúkdómagreining	<input type="checkbox"/>

SÝKINGAR	
r. HIV sýking	<input type="checkbox"/>
s. Lungnabólga	<input type="checkbox"/>
t. Berklar	<input type="checkbox"/>
u. Þvagfærasýking (s.l. 30 daga)	<input type="checkbox"/>

AÐRIR SJÚKDÓMAR	
v. Krabbamein (síðastliðin 5 ár, undanskiljið húðkrabbamein)	<input type="checkbox"/>
w. Sykursýki	<input type="checkbox"/>
x. Lungnaþemba/asmi/krónískur bronkítis	<input type="checkbox"/>
y. Nýrnabilun	<input type="checkbox"/>
z. Skjaldkirtilssjúkdómur (ofvirkur eða vanvirkur)	<input type="checkbox"/>

HLUTI K. HEILSUFARSÁSTAND OG FYRIRBYGGJANDI AÐGERÐIR

1. FYRIRBYGGJANDI AÐGERÐIR

(Merkið við allt sem við á- síðastliðin 2 ár)

a. Blóðþrýstingsmæling	<input type="checkbox"/>
b. Inflúensubólusetningu	<input type="checkbox"/>
c. Brjóstaskoðun/-myndataka (hjá konum)	<input type="checkbox"/>
d. Leghálssýnatöku (á við hjá konum)	<input type="checkbox"/>
e. Ekkert af ofanskráðu	<input type="checkbox"/>

2. VANDAMÁL SEM ERU TIL STAÐAR TVÖ DAGA EÐA LENGUR

(Merkið við allt með ✓ sem við á að minnsta kosti 2 af síðastliðnum 7 dögum)

a. Niðurgangur	<input type="checkbox"/>
b. Erfiðleikar við þvagútskilnað/eða hefur þvaglát þrisvar eða oftar að nóttu	<input type="checkbox"/>
c. Hiti	<input type="checkbox"/>
d. Lystarleysi	<input type="checkbox"/>
e. Uppköst	<input type="checkbox"/>
f. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	<input type="checkbox"/>

3. HEFUR ORÐIÐ VART VIÐ EITTHVAÐ AF EFTIRTÓLDUM ATRÆÐUM SÍÐUSTU 7 DAGA.

(Merkið við allt með ✓ sem komið hefur upp einhvern tíman síðastliðna 7 daga)

LÍKAMLEG HEILSA	
a. Brjóstverkur við hósta/ eða í hvíld	<input type="checkbox"/>
b. Hægðatregða 4 af síðastliðnum 7 dögum	<input type="checkbox"/>
c. Svimi/sundl	<input type="checkbox"/>
d. Bjúgur	<input type="checkbox"/>
e. Andþyngsli	<input type="checkbox"/>

GEÐRÆN HEILSA

f. Ranghugmyndir	<input type="checkbox"/>
g. Ofskynjanir	<input type="checkbox"/>
h. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	<input type="checkbox"/>

4. VERKIR

a. Kvartar oft um eða synir einkenni um verki síðastliðna 7 daga

0. Engir verkir

1. Verkir sjaldnar en daglega nr.
2. Verkir daglega

b. Verkirnir eru mjög slæmir eða óbærilegir- hverfa ekki auðveldlega og hafa afleiðingar á þátttöku í félagslífi, svefni, matarlyst, viljann til að fara á fætur, andlega líðan

EKKI SVARA B.LIÐ EF ENGIR VERKIR ERU

0. Nei
1. Já nr.

c. EINKENNI VERKJA

0. Enginn verkur
1. Staðbundinn nr.
2. Á mörgum stöðum

d. LYF NOTUÐ TIL AÐ STEMMA STIGU VIÐ VERKJUM

0. Enginn verkur
1. Lyf gefin án eftirlits
2. Verkjum er haldið niðri með lyfjum að hluta eða öllu leyti nr.

5. BYLTUR

Fjöldi byltna síðastliðna 180 daga, ef engin bylta merkið "0", ef 9 eða fleiri merkið "9".)

6. HÆTTA Á BYLTUM

a. Óstöðugt göngulag

0. Nei nr.
1. Já

b. Skjólstaðingur hefur takmarkað hreyfingu sína utandyra vegna kviða fyrir byltnum (t.d. hættur að fara í strætó, fer aðeins út með öðrum)

0. Nei		nr.
1. Já		

7. LÍFSSTÍLL (Áfengisneysla/reykingar)

a. Síðastliðna 90 daga var skjólstaðingi ráðlagt að draga úr áfengisneyslu sinni, eða aðrir höfðu áhyggjur af áfengisneyslu hans

0. Nei		nr.
1. Já		

b. Í venjubundinni viku síðastliðinn mánuð teljið hversu marga daga (0-7) skjólstaðingur hefur fengið sér áfengann drykk

c. Á venjubundnum degi skráið hversu marga áfenga drykki skjólstaðingur fær sér. Merkið 0 fyrir engan drykk, og 9 fyrir 9 drykki eða fleiri

d. Reykir eða tyggur tóbak daglega

0. Nei		nr.
1. Já		

8. HEILSUFAR OG HORFUR

Merkið með ✓ í reitina eftir því sem við á

a. Skjólstaðingur telur aðspurður að heilsufar sitt sé lélegt

b. Ástand/sjúkdómar valda óstöðugleika í vitrænni getu, ADL hæfni, hugarástandi og hegðun (sveiflukennt, minnkað ástand)

c. Krónísk veikindi/langvarandi veikindi hafa versnað skyndilega

d. Meðferð hefur verið breytt síðastliðna 30 daga í kjölfar bráðasjúkdómseinkenna eða að eldri

sjúkdómur hefur tekið sig upp

e. Horfur eru á að endalokin séu skammt undan - lækni hefur upplýst skjólstaðing eða fjölskyldu

hans um lélegar horfur

f. Ekkert af ofanskráðu

9. UPPÁKOMUR

a. Hræðist skyldmenni eða umönnunaraðila	<input type="checkbox"/>
b. Óvenjumikill óprifnaður	<input type="checkbox"/>
c. Vanræksla, misnotkun eða vanmeðhöndlun	<input type="checkbox"/>
d. Líkamsfjötrar notaðir (t.d. útlimafjötrar, grindur á rúm, bundin í stól þegar situr, læstur inni á heimilinu)	<input type="checkbox"/>
e. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	<input type="checkbox"/>

HLUTI L. VÖKVAJAFNVÆGI OG NÆRINGARÁSTAND

1. BREYTING Á LÍKAMSPYNGD

Óviljandi þyngdartap - 5% eða meira á sl. 30 dögum eða 10% eða meira á sl. 180 dögum

0. Nei		nr.
1. Já		

2. NÆRING

a. Að minnsta kosti 4 síðastliðna 7 daga neytti skjólstaðingur einungis einnar eða færri máltíða á dag

0. Nei		nr.
1. Já		

b. Síðastliðna 3 daga, er greinilegt að skjólstaðingur hefur neytt verulega minni fæðu og drukkio verulega minni vökva en venjulega

0. Nei		nr.
1. Já		

c. Ófullnægjandi vökvainntekt- drakk ekki allan eða næstum allan vökvann sem honum var færður síðastliðna 3 daga

0. Nei		nr.
1. Já		

3. NÆRINGARADFERÐ

Fjöldi daga sem skjólstaðingur hefur fengið eftirlaða meðferð. Merkið fjölda daga í reitina ef við á

a. Næringar- og vökvagjöf í gegnum aðalegg (ekki TPN)	<input type="checkbox"/>
b. Parenteral næring (TPN eða vökvi)	<input type="checkbox"/>

c. Næringarsonda	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

HLUTI M. MUNN- OG TANNHEILSA

1. MUNNHEILSA Merkið við með ✓ þar sem við á

a. Vandamál við að tyggja og kyngja (t.d. verkir þegar borðað er)	<input type="checkbox"/>
b. Munnur þornar upp þegar borðað er	<input type="checkbox"/>
c. Vandamál við að burstu tennur eða gervitennur	<input type="checkbox"/>
d. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	<input type="checkbox"/>

HLUTI N. ÁSTAND HÚÐAR

1. HÚÐVANDAMÁL

Öll húðvandamál eða breytingar á húðheilsu síðastliðna 30 daga (t.d. bruni, sár, útbrot, kláði, fús, kláðamaur)

0. Nei	nr.
1. Já	

2. SÁR (Orsökud vegna þrýstings eða lélegar blóðrásar). Sár er á líkamanum. Sár taka til hvers konar roða í húð (Stig 1); hluti húðlags er skaddað svo sem afrifur, blaðra á hörundi eða grunnt sár (Stig 2); allt húðlagið er skaddað þannig að sést í fituvef, djúpt sár jafnvel með holrými undir aðliggjandi vefjum eða fistli (Stig 3); allt húðlag og fituvefur horfinn, sést í vöðva eða bein (Stig 4).

Merkið 0 ef ekkert sár er til staðar, annars merkið

hæsta stig sárs óháð orsök (Stig -4)

3. ÖNNUR HÚÐVANDAMÁL SEM ÞARFNAST MEÐFERÐAR. Merkið með ✓ við allt sem við á

a. Brunasár (annars eða þriðja stigs bruni)	<input type="checkbox"/>
b. Opið sár af öðrum orsökum en lélegri blóðrás, skrámu eða skurði (t.d. sár af völdum krabbameins)	<input type="checkbox"/>
c. Hrufla eða skurðir í húð	<input type="checkbox"/>

d. Opið sár vegna lélegar blóðrásar á neðri útlimum	<input type="checkbox"/>
SKURÐSÁR á :	
e. Thorax	<input type="checkbox"/>
f. Kvið	<input type="checkbox"/>
g. Útlimum	<input type="checkbox"/>
h. Annars staðar	<input type="checkbox"/>
i. Ekkert af ofanskráðu	<input type="checkbox"/>

4. SAGA UM GRÓIN ÞRÝSTINGSSÁR

Skjólstæðingur hafði dóur sár einhvers staðar á líkamanum

0. Nei	nr.
1. Já	

5. SÁRAMÆÐFERÐ Merkið við með ✓ þar sem við á

a. Sýklalyf	
b. Sáraskiptingar með umbúðum	
c. Súrefnismeðferð	
d. Sessur/púðar notaðir til að aflétta þrýstingi	
e. Næring og vökvagjöf	
f. Snúningsskemi	
g. Smyrsl	
h. Skurðsárameðferð	

6. FÓTAVANDAMÁL

Merkið við með ✓ þar sem við á

a. Líkþorn, sigg, stoðkerfis vandamál, húðsýkingu, sveppi	
b. Opið sár á fæti	
c. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	

HLUTI O. MAT Á HEIMILISAÐSTÆÐUM

1. HEIMILISAÐSTÆÐUR

Athugið alla eftirfarandi þætti sem mögulega eru slysagildrur á heimili (ef ekkert á við, merkið við EKKERT AF OFANSKRÁÐU. Sé skjólstæðingur á sjúkrahúsi/stofnun, byggjið þá matið á heimilisathugun)

a. Kvöldlýsing, þar með talinn skortur á lýsingu í stofu, svefnherbergi, eldhúsi, salerni og göngum	
b. Gólf og teppalögn t.d. holur í gólfi, rafmagnsnúrur í gönguleið, gólfmottur á við og dreif	
c. Baðherbergi og salerni t.d. salerni í ólagi, lek pípulögn, engin handrið þó þörf sé á, sleipt sturtugólf, útikamar	
d. Eldhús t.d. hættuleg eldavel, óvirkur ísskápur, ásókn meindýra	
e. Húshiti og kæling t.d. of heitt á sumrin, of kalt að vetri, eldiviðarkynding hjá asthmaveikum skjólstaðingi	
f. Persónulegt öryggi t.d. hræðsla við ofbeldi, öoryggi við að ná í póst eða heimsækja nágranna, mikil umferð	
g. Aðgangur að heimilinu t.d. erfitt að komast að heimilinu/komast frá heimilinu, þröngar dyr, erfiðir stigar	
h. EKKERT AF OFANSKRÁÐU	

2. BÚSETA	
a. Samanborið við fyrir 90 dögum, þá býr skjólstaðingur nú með öðrum, eða annar hefur flutt inn til hans	nr.
0. Nei	1. Já
b. Skjólstaðingi eða umönnunaraðila hans finnst sem skjólstaðingur væri betur kominn í öðru umhverfi	nr.
0. Nei	1. Já

HLUTI P. SÉRSTÖK MEÐFERÐ OG MEÐFERÐARHELDNI

1. UMÖNNUN

Umönnun síðastliðna 14 daga frá :

	Dagafjöldi	Klst	Mín
a. Heimavitjun sjúkraliða			
b. Heimavitjun hjúkrunarfræðings			
c. Heimilishjálpar			
d. Heimsending matar			
e. Sjálfboðaliðar			
f. Sjúkraþjálfun			
g. Iðjuþjálfun			
h. Talþjálfun			
i. Dagdeild/dagspítali			
j. Félagsráðgjöf heim			

2. SÉRSTÖK MEÐFERÐ, ÞJÁLFUN OG DAGSKRÁ

Sérstök meðferð, þjálfun og/eða dagskrá sem skjólstaðingur er í eða áætlaði að fara í síðustu 14 daga (í heimahúsi eða á göngudeild) og meðferðarheldni.

0. Á ekki við
1. Áætlað, fylgir áætlaðri dagskrá
2. Áætlað, fylgir ekki að fullu áætlaðri dagskrá
3. Áætlað, en skjólstaðingur þiggur ekki

SÉRSTÖK MEÐFERÐ

a. Áfengis/lyfjamisnotkunarmeðferð	
b. Blóðgjöf	
c. Krabbameinslyfjameðferð	
d. Hjartaendurhæfing	
e. Viðvarandi í öndunarvél - (CPAP)	
f. Kviðskilun- (CAPD)	
g. Gervinýra/blóðskilun	
h. Holter mæling	
i. Vökvagjöf í æð (central)	
j. Vökvagjöf í æð (peridhera)	
k. Sprautulyfjagjöf.	
l. Umönnun stomi	
m. Súrefnismeðferð -eftir þörfum	
n. Súrefnismeðferð - stöðug	
o. Stöðug súrefnismeðferð (önnur)	
p. Geislameðferð	
q. Umönnun barkaraufar	
r. Öndunarvél	

ÞJÁLFUN

s. Leikfimisæfingar	
t. Öndunaræfingar/þjálfun/sög .(IPPB)	

DAGSKRÁ

u. Líknardeild (hospice)	
v. Göngudeildarmeðferð	
w. Hvíldarinnlögn	

SÉRSTÖK MEÐFERÐ Á EIGIN HEIMILI

x. Daglegt eftirlit hjúkrunarfræðings t.d. með þvagútskilnaði eða hjartalínuriti	
y. Eftirlit hjúkrunarfræðings er sjaldnar en daglega	
z. Öryggisarmband/öryggishnappur	
aa. Sérfaði	

**4. INNLÖGN Á SJÚKRAHÚS/
BRÁÐAMÓTTÖKU/ SLYSAVARÐSTOFU SL.
90 DAGA**

Merkið við þar sem við á, 0 fyrir enga innlögn og 9 fyrir meira en 9

a. Skráið fjölda innlagna á sjúkrahús þar sem skjólstæðingur hefur dvalið yfir nótt á sl. 90 dögum	<input type="checkbox"/>
b. Skráið fjölda koma á slysavearðstofu þar sem skjólstæðingur dvaldi ekki yfir nótt á sl. 90 dögum	<input type="checkbox"/>
c. Neyðaraðstoð- þar með talin ófyrirséð hjúkrun, lækni meðferð eða þjálfun á stöð eða á heimili	<input type="checkbox"/>

5. MEÐFERÐARMARKMIÐ

Hefur einhverjum meðferðarmarkmiðum verið náð síðastliðna 90 daga?

0. Nei	nr.
1. Já	

6. BREYTING Á UMÖNNUNARÞÖRF

Veruleg breyting á sjálfsþjörg hefur ef miðað er við sjálfsþjargargetu fyrir 90 dögum

0. Engin breyting	
1. Framför - fær minni stuðning	nr.
2. Afturför - fær meiri stuðning	

7. HÆTT VIÐ

Vegna fjárskortis síðastliðna 90 daga hefur skjólstæðingur sparað við sig eitthvað af eftirfarandi: ávísuðum lyfjum, húshitun, nauðsynlega lækniþjónustu, nauðsynlegan mat, heimilishjálp

0. Nei	nr.
1. Já	

HLUTI Q. LYFJANOTKUN

1. **FJÖLDI LYFJA** Skráið fjölda lyfjategunda lyf gegn lyfjaávisun og keypt í smásölu án lyfjaávisunar, þar með talið augndropar sem teknir eru reglulega eða eftir þörfum síðastliðna 7 daga. Skráið "0" ef engin lyf voru notuð og "9" ef "9" eða fleiri lyf eru notuð _____

2. GEBLYFJANOTKUN

Geðlyf tekin síðastliðna 7 daga. Athugið að bera saman við eftirfarandi lyfjaflokka

0. Nei 1. Já

Merkið með talnakoda í reitina eftir því sem við á

a. Sterk geðlyf (N05A)
b. Kvíðastillandi lyf (N05B)
c. Geðdeyfðarlyf (N06A)
d. Svefnlyf (N05C)

3. EFTIRLIT MEÐ LYFJANOTKUN

Læknir hefur yfirfarið lyfjanotkun skjólstæðings síðastliðna 180 daga

0. Rætt við a.m.k. einn lækni eða notar engin lyf

1. Enginn einn læknir hefur yfirfarið lyfjanotkunina nr. _____

4. SAMVINNA /TEKUR LYF SAMKVÆMT FYRIRMÆLUM LÆKNIS

Ávallt eða svo til ávallt er samvinna um að taka lyf samkvæmt fyrirmælum læknis (bæði meðan á heimsókn standur og milli heimsókna)

0. Ávallt samvinna

1. Samvinna í 80% tilvika eða meira

2. Samvinna í minna en 80% tilvika nr. _____

3. Engin fyrirmæli um lyfjanotkun

5. LYFJANOTKUN Skráið öll lyf sem notuð hafa verið síðastliðna 7 daga.

Lyfjaheiti/styrk	Tegund	Fjöldi	Tíðni
	0.Pilla		0.dagl
	1. IV		1.vikul
	2. IM		2. mán
	3. innönd		3. þn
	4. staðbund		4.annað
	5.vökvi		
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			
h.			
i.			
j.			
k.			
l.			
m.			
n.			
o.			
p.			
q.			
r.			
s.			
t.			
u.			

V.			
----	--	--	--

VIÐBÓTARUPPLÝSINGAR

1. MÓÐURMÁL

--

2. MENNTUN *Merkið við með ✓ þar sem við á*

3. Engin skólaganga	
4. Barnaskólapróf	
5. Unglingamenntun	
6. Almenn menntun	
7. Styttri starfsmentun	
8. Starfsmenntun	
9. Starfsmenntun á framhaldsskólastigi	
10. Háskólamenntun	
11. Framhaldsmenntun í háskóla	

3. AÐRAR VIRKAR GREININGAR (ICD-9), OG HJÚKRUNARGREININGAR

Undirskrift þeirra sem framkvæmdu matið og dags.

Hjúkrunarfræðingur

Dags. Ár

Heimild: RAI-Home Care For Use with Draft 11 of the MDS-HC 11/25/96. Ritstjóri íslenskrar þýðingar Anna Birna Jensdóttir. Yfirllestur Þórunn Ólafsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir og Hlíf Guðmundsdóttir. September 1997.

Copyright by interRAI Corporation, Washington, DC, 1996.

MDS 2.0 útgáfa íslensk þýðing af ICE-RAI hóp 1997. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.