

Datum	Personnummer
Namn	

Ange ja där faktorn är en bakomliggande orsak till risk

<b>Undernäring</b>	
<b>- Fysiska faktorer</b>	
Dålig tandstatus/munhälsa	Ja <input type="checkbox"/>
Sväljningssvårigheter	Ja <input type="checkbox"/>
Nedsatt rörelseförmåga	Ja <input type="checkbox"/>
Nedsatt absorptionsförmåga	Ja <input type="checkbox"/>
Nedsatt förmåga att känna lukt/smak	Ja <input type="checkbox"/>
Nedsatt syn/hörsel	Ja <input type="checkbox"/>
Kostrestriktioner	Ja <input type="checkbox"/>
Tar många (fler än 3) läkemedel/dag	Ja <input type="checkbox"/>
Sjukliga förändringar i hjärta/lever/njure/lungor eller i de endokrina organen	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Psykosociala faktorer</b>	
Förlust av motivation	Ja <input type="checkbox"/>
Nedsatt sinnesstämning	Ja <input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	Ja <input type="checkbox"/>
Sorg pga. närståendes sjukdom/bortgång	Ja <input type="checkbox"/>
Isolering/ensamhet	Ja <input type="checkbox"/>
Saknar den hjälp som behövs under måltiden	Ja <input type="checkbox"/>
Att vara nyinflyttad till en "institution"	Ja <input type="checkbox"/>
Rädsla för konsekvenserna av att vara inkontinent	Ja <input type="checkbox"/>
Kulturella faktorer	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Trycksår</b>	
Långvarig period av immobilitet	Ja <input type="checkbox"/>
Långvarigt försämrat intag av föda	Ja <input type="checkbox"/>
Skjuvkraft	Ja <input type="checkbox"/>
Förhöjd kroppstemperatur	Ja <input type="checkbox"/>
Friktion	Ja <input type="checkbox"/>
Fukt	Ja <input type="checkbox"/>

Datum	Personnummer
Namn	

Ange ja där faktorn är en bakomliggande orsak till risk

<b>Fall</b>	
<b>- Gång- och förflyttningssvårighet</b>	
Går osäkert	Ja <input type="checkbox"/>
Svårt att sätta sig i eller resa sig från stol	Ja <input type="checkbox"/>
Glömmer använda hjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Dålig balans</b>	
Yrsel, blodtrycksfall, biverkning av läkemedel (t.ex. sedativa och hypnotika)	Ja <input type="checkbox"/>
Ökad risk i samband med personlig hygien, på- avklädning och vid toalettbesök	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Beteendestörning</b>	
Förvirring, oro eller upprördhet	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Störd blås- och tarmfunktion</b>	
Inkontinens, trängningar som vid urinvägsinfektion	Ja <input type="checkbox"/>
Diarré, förstoppning	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Svårighet att äta och dricka</b>	
Födo- och vätskeintag mindre än behovet	Ja <input type="checkbox"/>
Pågående viktnedgång	Ja <input type="checkbox"/>
<b>- Den yttre miljön</b>	
Dålig belysning	Ja <input type="checkbox"/>
Ostadiga skor	Ja <input type="checkbox"/>
Sänggrindar	Ja <input type="checkbox"/>
För hög säng	Ja <input type="checkbox"/>
Finns tillräcklig tillsyn	Ja <input type="checkbox"/>
Kan ringklocka användas	Ja <input type="checkbox"/>