

## Vurdering af synkefunktion

Vejledning for personalet på L1 når en VIP patient ringer pga synkeproblemer, smerter, opkastninger.

Dato: \_\_\_\_\_ Patientnavn: \_\_\_\_\_ CPR-Nr: \_\_\_\_\_

Navn på personale, der modtager opkald: \_\_\_\_\_ Varighed af samtale min: \_\_\_\_\_

### Spørg indtil hvordan synkefunktionen var dagen(e) efter sidste udvidelse?

Gennemgå skemaet. Start med Almindelig kost. Sæt et kryds i de relevante felter.

| KOST:                      | Den var ubesværet        | Jeg kunne synke med lidt besvær | Jeg kunne synke med noget besvær | Jeg kunne synke med meget besvær | Jeg kunne ikke synke     |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|                            | 0                        | 1                               | 2                                | 3                                | 4                        |
| Almindelig blandet kost    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Blød kost <sup>1</sup>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Flydende kost <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Væske o.l. <sup>3</sup>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

1: fx kartoffelmos, millionbøf.

2: Supper uden fyld, yoghurt, A-38, Skyr, blændet/pureret mad osv.

3: vand, sodavand, proteindrikke og klar suppe.

### Spørg indtil nuværende synkefunktion?

Gennemgå skemaet. Start med Almindelig kost (Patienten har et tilsvarende skema).

| KOST:                      | Kan du synke ubesværet   | Kan du synke med lidt besvær | Kan du synke med noget besvær | Kan du synke med meget besvær | Kan du slet ikke synke   |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                            | 0                        | 1                            | 2                             | 3                             | 4                        |
| Almindelig blandet kost    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Blød kost <sup>1</sup>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Flydende kost <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Væske o.l. <sup>3</sup>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

1: fx kartoffelmos, millionbøf.

2: Supper uden fyld, yoghurt, A-38, Skyr, blændet/pureret mad osv.

3: vand, sodavand, proteindrikke og klar suppe.

**Har du smerter? Sæt et kryds på den stiplede linje, der bedst beskriver de smerter du har nu, hvor 0 er ingen smerter og 10 er helt uudholdelige smerter.**

Laveste smerteniveau efter sidste udvidelse: 0 ..... 5 ..... 10

Smerteniveau den dag, du kontakter afdelingen ( i dag) 0 ..... 5 ..... 10

Kaster du op: NEJ  JA

Er der blod i: NEJ  JA

**Hvornår vil du selv mene, du skal have foretaget udvidelse af spiserøret igen?**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Indenfor 1-2 døgn <input type="checkbox"/> | Indenfor 1 uge <input type="checkbox"/> | Jeg vil gerne ringes op af forløbskoordinator <input type="checkbox"/> | Jeg ringer selv, når jeg mærker behovet for udvidelse <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--|

**Handlemuligheder/Hvordan skal jeg reagere:**

|   |   |
|---|---|
| Kan spise alt uden problemer                        | Patienten skal kontakte FK/afd L ved behov.   |
| Kan spise almindelig mad med besvær                 | Patienten skal kontakte FK eller have en tid et par dage efter samtalen (spørg L-BV om plads på program og ring tilbage til pt, når du kender datoen)   |
| Kan kun spise blød, moset kost                      | Hvis patienten ønsker at vente et par dage: Spørg L-BV om plads på program og ring tilbage til pt, når du kender datoen.  |
| Kan kun indtage flydende kost                       | Spørg L-BV om plads på program, gerne indenfor 1-2 dage, og ring tilbage til pt, når du kender datoen.  |
| Kan kun indtage væske/ Har svært ved at synke væske | <b>Skal indlægges indenfor 1-2 dage mhp dilatation. Du giver FK / L-BV besked, når patienten er i afdelingen. Giv patienten besked om at faste 6 timer/tørste 2 timer, så dilatation kan foregå senere samme dag.</b> |
| Kan ikke synke eget spyt /Total synkestop           | <b>Skal indlægges akut samme dag til iv væske og udvidelse samme dag eller den efterfølgende dag. Patienten skal fortsat faste/tørste. Kontakt L-BV, når patienten er ankommet i afd L.</b>                           |

**Hvis høj smertescore, NRS,** (i forhold til vanlig smerteniveau hos denne patient):  
**(sub)akut indlæggelse på afsnit L1.**

**Hvis patientens kan synke men kaster alt op efterfølgende :**  
**Akut indlæggelse på afsnit L1.**

**Hvis blod i opkastninger:**  
**Akut indlæggelse i skadestuen. Meldes af L-BV**

Efter udfyldelse lægges skemaet tilbage i VIP-PROJEKT mappen(på Kirstens kontor).

Skriv et journalnotat med oplysninger indhentet ved telefonsamtalen og beskriv aftalen med patienten.