|  |  |
| --- | --- |
| Datum och klockslag: | Patient-ID: |

# Strokelarm

## Instruktioner till medicinjour vid Strokelarm – Värnamo

### Patienten i ambulans

* Ta rapport från ambulans eller akutmottagning.
* Skriv omgående remiss:jonas
  + **CT-hjärna (strokelarm)**
  + **CT-angio carotis**

Jourtid kl. 22:00-07:30 kontaktas Teleconsult 08-123 501 90.

* Läs journalen före ankomst om det finns tid. Finns kontraindikationer för trombolys?

Vid uppenbara kontraindikationer – värdera möjligheter för trombektomi.

### Patienten i ambulanshall

* Ta neurologstatus enligt NIHSS (notera poäng på sida 6).
* Vid Warfarin tas blodprover på akutmottagningen.
* Transportera patienten skyndsamt till CT-labb på ambulansbår. Primär-/bakjour ansluter.
* Kontrollera behandlingskriterier och kontraindikationer för trombolysbehandling (se sida 4).
* Ordinera Trandate® (Labetalol) vid blodtryck över 185/110 mmHg. Om kontraindikation finns välj Furix® (Furosemid). Skriv in ordinationen i Cosmic när du kommit till HIA. Observera korrekt tidpunkt.

Beslutsstöd inför eventuell trombolys:  
Kontorstid: **Strokeläkare Värnamo sjukhus 475 75** (telefon).  
Utanför kontorstid: **Strokejour Linköping 070-297 14 60, växel: 010-103 00 00**.

### CT-labb

* Patienten vägs på CT-labb (notera vikten på sidan 7).
* Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT-hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
* Meddela **tydligt** trombolysbeslut till sjuksköterska på **HIA 460 40.** Ordinera Actilyse® (Alteplas) enligt patientens vikt. Poängtera att läkemedlet ska blandas nu.
* CT-angio carotis ska utföras.
* **Visar CT-angio carotis tromb** i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a. basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi. Kontakta regional strokejour i Linköping.
* Ring 112
* Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke, med eller utan trombolys.
* Ange plats där patientens skall hämtas.
* Fyll i ambulanstransportremiss i Cosmic. Under ”Läkemedelsordinationer under transport”. Kryssa i rutan ”Följ gemensam riktlinje”.
* Uppge telefonnummer till avsändande läkare om konsultationsbehov uppstår. Vid omdirigering kontakta mottagande kollega och akutmottagning.
* **För aktuella riktlinjer se separat trombektomi PM.**
* Vid trombolysbehandling flyttas patienten direkt till HIA.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum och klockslag: | Patient-ID: |

Strokelarm

## Instruktioner till medicinjour vid strokelarm – Eksjö

##### Patienten i ambulans

* Ta rapport ifrån Strokekoordinator och möt upp denne samt ambulansen på röntgen
* Läs journalen före ankomst om det finns tid. Kontraindikationer i journalen? Vid uppenbara kontraindikationer – överväg möjligheten för trombektomi
* Kontrollera behandlingskriterier och kontraindikationer för trombolysbehandling (se sida 4).
* Remiss till ”CT hjärna och CT-angio carotis” skrivs av strokekoordinator
* Ha beredskap för att ordinera 10 mg Trandate intravenöst om systoliskt blodtryck över 185/110 och ingen kontraindikation. Skriv in ordination när du kommit upp till Medicin G. Observera korrekt tidpunkt.
* Strokekoordinator tar med trombolysmapp
* Vid warfarinbehandling tas blodprov på röntgen.
* Om oerfaren jour – kontakta bakjour

##### Dagtid Strokejour Eksjö (08:00-16:30): 34513

#### CT-labb

* Röntgen av hjärnan först
* Ta sedan neurologstatus enligt NIHSS (notera poäng på sidan 6).
* Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
* Inhämta patientsamtycke till revaskulariseringsbehandling (trombolys/trombektomi)
* Ge klartecken till röntgensjuksköterska att utföra CT - angio carotis
* Ge klartecken till strokekoordinator att actilyse ska blandas. Bekräfta varandra tydligt.
* Regional strokejour i Linköping - direktnummer 070-297 14 60 eller via växeln 010-103 00 00 ska kontaktas vid oklarhet omedelbart eller lokal bakjour.
* Efter utförd CT-angio carotis gå till röntgenläkare/granskningen (nattetid ring TMC, ankn. 252 43) för att få muntligt besked om.
* Visar **CT-angio carotis** tromb i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a.basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi, agera enligt följande:

Ring 112.

Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke, med eller utan trombolys.

Ange plats där patientens skall hämtas.

* + Fyll i ambulanstransportremiss i Cosmic. Under ”Läkemedelsordinationer under transport” Kryssa i rutan ”Följ gemensam riktlinje”.
  + Röntgenläkaren ombesörjer bildlänkning.
  + Ring till regional strokejour i Linköping, 070-297 14 60, och rapportera patienten, som redan kan vara på väg med ambulans.
  + Dokumentera – provsvar och epikris faxas så snart de föreligger.
  + Om ambulansen inte är på plats, följ med till strokeenheten, aktivera transport från avdelning. Obs, kommunicera med strokekoordinator, inte med annan personal.
  + Rapporteringsmall
    - Trombolys/trombektomifall
    - Patientdata inklusive medicinska data.
    - Insjuknandetid.
    - NIHSS – initialt
    - Trombolysstart – klockslag
    - CT-halsangio avvikelser
    - Annat av betydelse
* Ingen trombos påvisad vid CT-angio:
  + Följ med patienten till strokeenheten, dokumentera där.
  + Vid trombolysbehandling flyttas patienten direkt upp till Medicin G för start av actilyse där.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum och klockslag: | Patient-ID: |

Strokelarm

## Instruktioner till medicinjour vid Strokelarm – Jönköping

#### Patienten i ambulans

* Ta fram trombolysmapp.
* Möt upp i ambulanshall.
* Ha beredskap för att ordinera 10 mg Trandate intravenöst om systoliskt blodtryck över 185/110 och ingen kontraindikation.
* Vid warfarinbehandling tas blodprov på akutmottagningen.
* Om oerfaren – kontakta bakjour

#### Under transport till CT

* Avvakta med att undersöka patienten.
* Ta emot rapport från ambulans enligt checklista sida
* Komplettera eventuellt med anamnes från anhörig/patient

#### CT-labb

* Ta neurologstatus enligt NIHSS.
* Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
* Inhämta patientsamtycke till revaskulariseringsbehandling (trombolys/ trombektomi).
* Ge klartecken till trombolyssjuksköterskan att blanda Actilyse.
* Ge klartecken till röntgensjuksköterskan att utföra CT-angio carotis.
* Regional strokejour i Linköping - direktnummer 070-297 14 60 eller via växeln 010-103 00 00 ska kontaktas vid oklarhet omedelbart eller lokal bakjour.
* Efter utförd CT-angio carotis gå till röntgenläkare/granskningen (nattetid ring TMC, ankn. 252 43) för att få muntligt besked om.
* Visar **CT-angio carotis** tromb i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a.basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi, agera enligt följande:
  + Be strokelarms sjuksköterska ringa 112
  + Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke, med eller utan trombolys.
  + Ange plats där patienten ska hämtas.
  + Fyll i ambulanstransportremissen i Cosmic.
  + Röntgenläkaren ombesörjer bildlänkning.
  + Ring till regional strokejour i Linköping, 070- 297 14 60, och rapportera patienten, som redan kan vara på väg med ambulans.
  + Dokumentera – provsvar och epikris faxas så snart de föreligger.
  + Om ambulansen inte är på plats, följ med till strokeenheten, aktivera transport från avdelning. Obs, kommunicera med trombolys-ssk, inte med annan personal.
  + Rapporteringsmall
    - Trombolys/trombektomifall
    - Patientdata inklusive medicinska data.
    - Insjuknandetid.
    - NIHSS – initialt
    - Trombolysstart – klockslag
    - CT-halsangio avvikelser
    - Annat av betydelse
* Ingen trombos påvisad vid CT-angio:
  + Följ med patienten till stroke-enheten, dokumentera där.

## Riktlinjer för blodtryckssänkning

Vid blodtryck 185/110 mmHg eller högre bör trombolysbehandling inte ges. Försök sänka blodtrycket.

Ge långsam injektion Trandate® 5mg/ml (Labetalol) 5-10 mg iv. Kan upprepas vid behov efter 2-5 minuter.

Behandling kan också ges under pågående trombolys om blodtrycket överstiger gränsvärdet.

Vid behov tas frekventare blodtryckskontroller.

Kontraindikationer mot Trandate®:

* Grav obstruktiv lungsjukdom
* AV-block grad II-III
* Obehandlad hjärtinsufficiens
* Sjuk sinusknuta
* Kardiogen chock
* Spasm angina

Vid kontraindikationer mot Trandate® ges injektion Furix® 20-40 mg iv.

## Trombolys

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Behandlingskriterier – måste besvaras med JA! | | |
| Akut ischemisk stroke med säkerställd insjuknandetid (om exakt insjuknande tid inte går att fastställa räknas den tid när patienten senast sågs frisk). Trombolysbehandling kan påbörjas inom 4,5 timmar från symtomdebut. |  JA |  NEJ |
| Patienten är 18 år eller äldre. |  JA |  NEJ |
| Radiologi har uteslutit intrakraniella kontraindikationer (blödning, omfattande infarkt mer än 1/3 av kärlterritoriet, malign hjärntumör/metastas). |  JA |  NEJ |
| Samtycke till behandling. Om patienten inte är beslutsmässig förutsätts samtycke. |  JA |  NEJ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Absoluta kontraindikationer – måste besvaras med NEJ! | | |
| Blodtryck 185/110 mmHg eller högre trots akutbehandling med iv antihypertensiv medicinering. |  JA |  NEJ |
| Misstanke om annan diagnos än ischemisk stroke (t.ex. subaraknoidalblödning, malign hjärntumör/metastas). |  JA |  NEJ |
| Tidigare genomgången spontan intracerebral blödning. |  JA |  NEJ |
| Klar misstanke om septisk embolisering/endokardit |  JA |  NEJ |
| Warfarinbehandling med INR högre än 1,7.  Om patienten står på NOAK/DOAK [apixaban, (Eliquis), dagibatran (Pradaxa), edoxaban (Lixiana) eller rivaroxaban (Xarelato)] och tablettintag skett för <48 timmar sedan (tidsgräns gäller normal njurfunktion).  Fulldos icke fraktionerat heparin eller behandlingsdos lågmolekylärt heparin med sista dos intogs de senaste 24 timmarna.  OBS! profylaxdos lågmolekylärt heparin är INTE kontraindikation |  JA   JA   JA |  NEJ   NEJ   NEJ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Relativa kontraindikationer – överväg risk/nytta | | |
| Klar misstanke om annan diagnos än ischemisk stroke (t.ex. pares pga. hypoglykemi (p-glukos mindre än 3 mmol/l), krampanfall med postiktala fokala neurologiska fynd). |  JA |  NEJ |
| Inga/mycket ringa kvarstående symtom (d.v.s. liten sannolikhet för kvarstående funktionsnedsättning även utan behandling). |  JA |  NEJ |
| Medvetandesänkning (GCS mindre än 12 eller RLS mer än 2) som inte beror på patientens stroke. |  JA |  NEJ |
| Stroke, intrakraniell/intraspinal operation eller svårt skalltrauma de senaste 6 veckorna. |  JA |  NEJ |
| Tidigare känt obehandlat AVM (arteriovenös missbildning) eller aneurysm intrakraniellt. |  JA |  NEJ |
| Gastrointestinal- eller urinvägsblödning senaste 3 veckorna. |  JA |  NEJ |
| Större operation, förlossning eller trauma senaste 2 veckorna. |  JA |  NEJ |
| Känd okorrigerad blödningsrubbning, trombocytantal mindre än 100 x109/l, annan blödningsrisk t.ex. kombinationsbehandling med flera trombocythämmare (osäker risk/nytta-kvot), pågående större blödning. |  JA |  NEJ |
| Terminalt svårt funktionsnedsatt patient med kronisk sjukdom t.ex. terminal cancer och svår demens. |  JA |  NEJ |
| Graviditet (om förväntad nytta att behandla måttlig eller svår stroke överväger den ökade risken för intrauterin blödning). |  JA |  NEJ |
| Gastrointestinal malignitet |  JA |  NEJ |
| För patient **utan känd trombocytopeni** påbörjas behandling utan att invänta blodprovssvar.  Vid trombocyter trombocytantal mindre än 100 x10e9/L avslutas behandlingen omedelbart. | | |

|  |
| --- |
| Endovaskulär intervention |
| Vid utebliven förbättring av trombolys eller vid kontraindikationer för trombolys.  Bedöm om patienten är aktuell för trombektomi.  Trombektomi kan indiceras från symtomdebut upptill 24 timmar efter symtomdebut om det radiologiskt verifierats signifikant räddningsbar vävnad. För aktuella riktlinjer se separat PM nedan. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansvarig läkare: | Telefonnummer: |

## NIH strokeskala (NIHSS)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Tid: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedömning** | | | Akut läk | 15 min | 30 min | 45 min | 2h läk | 4h ssk | 6h ssk | 8h ssk | 12h ssk | 15h ssk | 18 ssk | 21h ssk | 24h läk |
| **1 A. Vakenhetsgrad** | 0 | Vaken och alert (RLS 1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Slö men kontaktbar vid lätt stimulering (RLS 2) |
| 2 | Mycket slö, kräver upprepade eller smärtsamma stimuli för kontaktbarhet eller för att följa uppmaning (RLS 3) |
| 3 | Koma, okontaktbar (RLS 4) |
| **1 B. Orientering**  *Fråga om patientens ålder och vad det är för månad nu* | 0 | Svarar korrekt på båda frågorna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Svarar korrekt på en fråga |
| 2 | Svarar inte korrekt på någon av frågorna |
| **1 C. Förståelse**  *Be patienten öppna och sluta ögon, knyta och öppna icke-paretiska handen* | 0 | Utför båda uppgifterna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Utför en av uppgifterna |
| 2 | Utför ingen av uppgifterna |
| **2. Ögonmotorik/ ögonställning** | 0 | Normalt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Partiell blickpares |
| 2 | Komplett blickpares |
| **3. Synfält**  *Testa varje synfält för sig. Be patienten räkna fingrar*  *i de fyra kvadranterna (om detta ej är möjligt använd hotrörelse).* | 0 | Inga synfältsbortfall |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Partiell hemianopsi (t.ex. kvadrantanopsi) |
| 2 | Komplett hemianopsi |
| 3 | Bilaterala synfältsdefekter (t.ex. blind inklusive kortikal blindhet) |
| **4. Facialispares**  *Be patienten visa tänderna, höja ögonbrynen och blunda* | 0 | Ingen facialispares |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Partiell central facialispares |
| 2 | Komplett central facialispares |
| 3 | Perifer eller bilateral facialispares |
| **5. Pares i arm**  *Be patienten sträcka ut armen (90° vinkel mot kroppen i sittande, 45° vinkel i liggande) och hålla kvar med handflata nedåt.*  *Räkna högt till tio.* | 0 | Håller kvar armen i 10 sekunder |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Armen sjunker inom 10 sekunder, men når inte sängen |
| 2 | Armen faller till sängen inom 10 sekunder |
| 3 | Armen faller omedelbart, rör armen mot underlaget |
| 4 | Ingen rörlighet i armen |
| 9 | Omöjligt att testa *(stelopererad/amputerad, räknas inte i slutpoäng)* |
| **6. Pares i ben**  *Be patienten i liggande lyfta benet i 30° vinkel mot sängen och hålla kvar.*  *Räkna högt till fem.* | 0 | Håller kvar benet i 5 sekunder |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Benet sjunker inom 5 sekunder, men når inte sängen |
| 2 | Benet faller till sängen inom 5 sekunder |
| 3 | Benet faller omedelbart, kan röra benet mot underlaget |
| 4 | Ingen rörlighet i benet |
| 9 | Omöjligt att testa *(stelopererad/amputerad, räknas inte i slutpoäng)* |
| **7. Extremitets-ataxi**  *Finger-näsa (alt. finger-finger) och häl-knä, med öppna ögon.* | 0 | Ingen ataxi *(används också om pares eller om patienten inte förstår)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Ataxi i en extremitet |
| 2 | Ataxi i två extremiteter |
| **8. Sensibilitet (smärta)**  *Testas med nål proximalt i samtliga extremiteter.* | 0 | Normalt, ingen känselnedsättning |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Lätt till måttlig känselnedsättning |
| 2 | Svår eller total känselnedsättning |
| **9. Språk**  *Be patienten beskriva bild (fig A) benämna föremål (fig B) och läsa meningar. Använd figurer och ord.* | 0 | Ingen afasi, normalt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Lätt till måttlig afasi |
| 2 | Svår afasi, fragmentariska uttryck |
| 3 | Stum eller global afasi *(expressiv + impressiv)* |
| **10. Dysartri**  *Be patienten läsa ord.*  *Bilaga: mamma, tipp-topp osv.* | 0 | Normalt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Lindrig till måttlig dysartri |
| 2 | Svår dysartri, talar så sluddrigt att det inte går att förstå. Mutistisk |
| 9 | Intuberad eller annat fysiskt talhinder *(räknas inte i slutpoäng)* |
| **11. Sensoriskt neglekt**  *Be patienten beskriva bild (fig A)* | 1 | En modalitet nedsatt *(visuell eller kutan ouppmärksamhet vid bilateral simultan stimulering)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Uttalat halvsidigt neglekt *(hemiinattention)*, ouppmärksamhet vid såväl visuell som kutan stimulering |
| **TOTALSUMMA** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansvarig läkare: |  |

## Ordination av Acitylse (tPA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientens vikt (kg): | Total dos tPA (mg): | Läkarens signatur: |

* Dosen tPA ska vara 0.9 mg/kg kroppsvikt, dock max 90 mg.
* Ansvarig läkare ordinerar i rutan ovan. Dosen bestäms av patientens kroppsvikt enligt tabellerna nedan.   
  Kom ihåg att ordinera i Cosmic/läkemedelslista.
* Den totala dosen tPA ges uppdelat på bolusdos under 1-2 min och kontinuerlig infusion under 60 min.   
  Instruktioner om blandning, bolusdoser, infusionstakt finns på spädningsskort i HIA:s trombolys-PM.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vikt (kg)** | **Total dos tPA *(mg)*** | **Vikt (kg)** | **Total dos tPA *(mg)*** | **Vikt (kg)** | **Total dos tPA *(mg)*** |
| 40-45 | 38 | 61-65 | 56 | 81-85 | 74 |
| 46-50 | 43 | 66-70 | 61 | 86-90 | 79 |
| 51-55 | 47 | 71-75 | 65 | 91-95 | 83 |
| 56-60 | 52 | 76-80 | 70 | >95 | 88 |

**Behandlingsstart**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Behandlingsstart | Klockslag: | | |  |  |  |  |
| **Kontroller** | Före | 15 min | 30 min | 45 min | 60 min | 75 min | 90 min |
| Planerad tid |  |  |  |  |  |  |  |
| Klockslag |  |  |  |  |  |  |  |
| RLS |  |  |  |  |  |  |  |
| Sys bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Dia bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Puls |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2 |  |  |  |  |  |  |  |
| Temp |  |  |  |  |  |  |  |
| EKG |  |  |  |  |  |  |  |
| NIHSS |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontroller** | 105 min | 2 tim | 3 tim | 4 tim | 5 tim | 6 tim | 7 tim |
| Planerad tid |  |  |  |  |  |  |  |
| Klockslag |  |  |  |  |  |  |  |
| RLS |  |  |  |  |  |  |  |
| Sys bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Dia bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Puls |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2 |  |  |  |  |  |  |  |
| Temp |  |  |  |  |  |  |  |
| EKG |  |  |  |  |  |  |  |
| NIHSS |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontroller** | 8 tim | 9 tim | 12 tim | 15 tim | 18 tim | 21 tim | 24 tim |
| Planerad tid |  |  |  |  |  |  |  |
| Klockslag |  |  |  |  |  |  |  |
| RLS |  |  |  |  |  |  |  |
| Sys bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Dia bltr |  |  |  |  |  |  |  |
| Puls |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2 |  |  |  |  |  |  |  |
| Temp |  |  |  |  |  |  |  |
| EKG |  |  |  |  |  |  |  |
| NIHSS |  |  |  |  |  |  |  |

## Efter trombolys

* CT-hjärna kontroll ska göras 22-36 timmar efter behandlingsstart. Tidigare vid behov.
* Antitrombotisk profylax kan startas (vid ASA ge laddningsdos) efter att 24 timmars CT-kontroll uteslutit blödning.
* Journalen för strokelarm scannas in i Cosmic.

## Trombektomi vid ischemisk stroke upp till 24 h från symtomdebut.

Förutsättningarna för god effekt ökar ju tidigare reperfusionsbehandlingen inleds. Akutbehandling med intravenös trombolysbehandling vid ischemisk stroke hos vuxna måste inledas inom 4,5 timmar från insjuknandet för att fördelarna ska överväga riskerna.

Trombektomi upp till 24 timmar efter symtomdebut kan ha god effekt.

Vid kontraindikationer mot trombolys kan trombektomibehandling bli aktuell utan föregående trombolys, till exempel vid pågående antikoagulantiabehandling, oklar insjuknandetid eller om patienter anländer till sjukhus utanför tidsfönstret för trombolys (4,5 timmar). Vid ocklusion av hjärnans större artärer (t.ex. a cerebri medias första eller andra gren) är sällan trombolysbehandling ensam tillräckligt för att lösa upp proppen.

### Indikation för trombektomi (besvara med JA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ischemisk stroke. |  JA |  NEJ |
| Påtagliga symtom (NIHSS vanligen ≥6, individuell bedömning NIHSS 2–5). |  JA |  NEJ |
| Symtomdebut inom 24 timmar till påbörjad trombektomi. I det senare tidsfönstret (6–24 h) beroende bl. a. infarktvolym, infarktvolm relation etablerad infarkt/kliniska symtom, perfusionsstörning-/infarktförhållanden. |  JA |  NEJ |
| Central kärlocklusion i hjärnan. |  JA |  NEJ |
| Radiologi har uteslutit intrakraniell blödning eller annan, icke-ischemisk patologi som orsak till symtomen. |  JA |  NEJ |

Vid omfattande demarkerad färsk infarkt bör trombektomicentrum kontaktas för diskussion och individualiserat beslut.

## Överföring till högspecialiserat center för trombektomi

### Strokejour Linköping 070-297 14 60, växel: 010-103 00 00.

Om trombektomi är aktuellt ska vidaretransport till trombektomicentrum på Universitetssjukhuset i Linköping ske omgående (Prio 1) med ambulans.

Med adekvat övervakning kan trombolys ges under ambulanstransport. Vilken kompetensnivå som krävs under ambulanstransporten (specialistsjuksköterska, narkossjuksköterska eller narkosläkare) bedöms utifrån patientens tillstånd och transportens längd. Observera att patienter med basilaristrombos kan fluktuera påtagligt i medvetande och symtom.

Bedömning av behov av andningsstöd måste göras före transport.

Tillse att dokumentation, inklusive bildmaterial (som lämpligen länkas), från första vårdgivare finns tillgängligt för mottagande centrum:

* Symtom.
* Fynd och NIHSS vid inkomst till första vårdgivare.
* Fynd och NIHSS vid avfärd från första vårdgivare.
* Tid för insjuknande.
* Tid för eventuell trombolysstart.
* KAD bör sättas omedelbart inför transport för trombektomi (oavsett residualurinmängd). Kateterisera med tunn kateter. KAD insättning för ej fördröja transporten.
* Fyll i ambulanstransportremiss och ange ansvarig läkare och telefonnummer.

## Relativa kontraindikationer mot trombektomi – besvaras med JA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mycket ringa symtom. |  JA |  NEJ |
| Komorbiditet/övriga medicinska förhållanden som gör att behandlingen inte gagnar patienten. |  JA |  NEJ |
| Ogynnsam radiologisk bild (t.ex. utbredda infarkter). |  JA |  NEJ |