

Sväljningsbedömning

Utförs på alla patienter som är tillräckligt vakna för att medverka och svälja säkert.

Namn _____ Sängpl _____ Sign _____

Har patienten någon sväljningsförmåga, kan patienten svälja sin saliv?

JA

NEJ

Nutriera ej per os. Logopedkontakt.

Förtjocka svag saft till krämkonsistens. Låt patienten sitta så upprätt som möjligt.
Har patienten en tydlig halvsidig förlamning?

JA

NEJ

Låt patienten vrida huvudet åt den svaga sidan.

Låt patienten böja huvudet framåt.

Ge patienten, teskedsvís, förtjockad saft. Kan patienten hantera det han/hon får i munnen?

JA

NEJ, inte alls

Nutriera ej per os. Logopedkontakt.

Sväljer patienten?

JA

Långsamt/med svårighet

NEJ

Logopedkontakt

Nutriera ej per os. Logopedkontakt.

Hostar patienten?

JA

NEJ

Vrid huvudet mer åt svaga sidan.
Logopedkontakt.

Är rösten gurglig?

JA

NEJ

Inget per os. Logopedkontakt.

Prova med tunnflytande dryck.
Hostar patienten?

JA

NEJ

Prova er fram till den bästa konsistensen
på maten. Det är: _____

BRA!!!

Ta upp frågan om ev sond om patienten ej kan nutrieras per os.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurologi-stroke

Innehållsansvar: Ann-Loise Lindström, (annli7), Sjuksköterska

Godkänd av: Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10118-83671035-54

Version: 3.0

Giltig från: 2025-11-19

Giltig till: 2027-11-19