

Registrering: Sår underben eller fot



Personuppgifter:
Sårlokal:
Sårets registreringsdatum:
Sårduration, tid i veckor:

Såruppkomst	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Yttre våld	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Vårdrelaterad uppkomst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Kontakt specialistenhet senast 6 mån	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om ja, vilken/a:			

Behandling senaste 6 mån			
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Antiseptiska Förband	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Negativ tryckbehandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Gips behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Ortos behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Kompressionsbehandling Bindor / Strumpor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om ja, vilken:			
Kompressionsbehandling Pumpstövel / sko	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

Sårstatus			
Största sårets yta (längd x bredd i cm):			
Sårsmärta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Störd nattsöm pga sårsmärta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
VAS (1-10):	<input type="checkbox"/> Personal upplever att pat har sårsmärta		

Kärlanamnes			
Djup ventrombos	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Åderbråck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Åderbråcksopererad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Arteriell kirurgi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

Arteriell Kärlstatus			
Palpabel ADP	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Ankeltryck ADP:			
Ankeltryck ATP:			
Armtryck:			
ABP index:			
Annan arteriell undersökning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

Kärlstatus Venös			
Om Ja, vilken undersökningsmetod:	<input type="checkbox"/> Doppler	<input type="checkbox"/> Venduplex	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Typ av insufficiens:	<input type="checkbox"/> Ytlig	<input type="checkbox"/> Djup	<input type="checkbox"/> Ytlig & Djup
	<input type="checkbox"/> Ytlig & Djup	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift	

Datum för sårdiagnos:			
Sårdiagnos satt av läkare: <input type="checkbox"/> Arteriell <input type="checkbox"/> Neuropatiskt fotsår <input type="checkbox"/> Småkärlssjukdom			
<input type="checkbox"/> Sårskada	<input type="checkbox"/> Tumör	<input type="checkbox"/> Venös	<input type="checkbox"/> Venös/arteriell
<input type="checkbox"/> Trycksår	<input type="checkbox"/> Övrig		
Ordinerad kompressionsbehandling av läkare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, vilken:			