

Personuppgifter:
Sårlokal:
Datum för sårregistrering:

Sårduration, tid i veckor:			
Var uppstod såret	<input type="checkbox"/>	På egna enheten	
	<input type="checkbox"/>	På annan enhet	
	<input type="checkbox"/>	Ej vårdrelaterad	
	<input type="checkbox"/>	Ingen uppgift	
Har inkontinens/fukt påverkat såruppkomst	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift

Kontakt specialistenhet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, vilken/a:				

<b>Behandling senaste 6 mån</b>				
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

<b>Riskbedömning</b> enligt Modifiera Norton, Braden eller RAPS (välj en)	
Poäng: _____	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

<b>Sårstatus</b>				
Största sårets yta (längdxbredd i cm):				
Kategori - trycksår (2-4):				
Sårdjup	<input type="checkbox"/>	< 1 cm	<input type="checkbox"/> 1 cm	<input type="checkbox"/> > 1 cm
Underminering	<input type="checkbox"/>	< 1 cm	<input type="checkbox"/> 1-5 cm	<input type="checkbox"/> > 5 cm

<b>Sårsmärta</b>	<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		
Störd nattsömn pga sårsmärta	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Upplevd ökad spasticitet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Störd nattsömn pga spasticitet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

<b>Aktuell Trycksårsbehandling</b>				
Sittrestriktion	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Lägesändring i säng enligt schema?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Lägesändring i rullstol enligt schema?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Förebyggande madrass?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Behandlande madrass?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Trycksreducerande dyna i rullstol?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Luftdyna högprofil i rullstol?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Hälavlastning	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Glidlakan/matta	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Tryckavlastande dyna på toalett	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Har näringsdryck getts?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift

<b>Sårdiagnos</b>	
Diagnos satt av läkare:	Datum för sårdiagnos: