

Registrering: Anamnes

Personuppgifter:
Såransvarig:
Registreringsdatum:

Vikt: kg	
Längd: cm	
Ofrivillig viktnedgång ≤ 3 månader	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift

Rörlighet	<input type="checkbox"/> Går med eller utan hjälpmedel
	<input type="checkbox"/> Går med hjälp av personal
	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
	<input type="checkbox"/> Sängliggande

Regelbunden motion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
--------------------	---

Rökare	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Före detta <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, ange antal år som rökare:	

Amputerad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, ange vad:	<input type="checkbox"/> Lår <input type="checkbox"/> Underben <input type="checkbox"/> Del av fot/tå
	<input type="checkbox"/> Övre extremitet

Tidigare svårläkt sår	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, ange antal år sedan sår första gången:	

Aktuella sjukdomar	<input type="checkbox"/> Diabetes
	<input type="checkbox"/> Hjärt / Kärl / Lung Sjukdom
	<input type="checkbox"/> RA / Inflammatorisk Sjukdom
	<input type="checkbox"/> Neurologisk Sjukdom / Pareser/ Plegier
	<input type="checkbox"/> Malign Sjukdom
	<input type="checkbox"/> Hudsjukdom
	<input type="checkbox"/> APC-resistens

Aktuella Mediciner	<input type="checkbox"/> Analgetika
	<input type="checkbox"/> Antikoagulantia
	<input type="checkbox"/> Cytotoxika
	<input type="checkbox"/> Hjärt / Kärl / Lungmedicin
	<input type="checkbox"/> Insulin
	<input type="checkbox"/> Kolesterol-sänkare
	<input type="checkbox"/> Kortison per os
	<input type="checkbox"/> Peroral antidiabetika
	<input type="checkbox"/> Trombocythämmare

MultiResistent bakterier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, ange vilken sort:	<input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRG/ESBL