

Personuppgifter:			
Uppföljningsstatus (läkt sår eller annan status):			
Datum för läkning alt. annan status:			
Antal omläggningar per vecka:			
Personalkontinuitet per månad	<input type="checkbox"/> 1-2 st	<input type="checkbox"/> 3-4 st	<input type="checkbox"/> ≥ 5 st
Kontakt med spec.klinik under reg.perioden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, vilken/a:			
Kirurgi pga såret under reg.tiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Arteriell kirurgi (ben/fotsår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Venös kirurgi (ben/fotsår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Kirurgisk sårrevision	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Plastikkirurgi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Hudtransplantation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Behandling under reg.tiden			
Antibiotikabehandling ordinerad för detta sår	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Antiseptiskt förband	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Negativt tryck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Smärtbehandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Gips Behandling (ben/fotsår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Ortos Behandling (ben/fotsår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Kompressionsbehandling (ben/fotsår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, vilken:			
Livsstilsråd givna under registreringstiden			
Kostråd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Rökning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Avlastning (trycksår)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Ordinerad efterbehandling med kompressionsstrumpor (ben/fotsår)			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ingen uppgift
Om Ja, ange vilken klass:			
Vid trycksår ange även:			
Trycksårsbehandling under reg.tiden			
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