Uppföljningsstatus för aktuellt sår (Läkt sår, Amputerad, Avliden, Annan orsak) ………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum (Läkt sår, Amputerad, Avliden, Annan orsak) .……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Händelser från registrering i registret till avslut i registret**

Antal omläggningar per vecka (Medeltal) ……………………………………………………………………………………………

Personalkontinuitet (Antal personal som lagt om patienten per månad i snitt) ……………………………………….

Antibiotikabehandling pga aktuellt sår från registrering till uppföljning (Ja/Nej) …………………….

**Händelser från sårets uppkomst till avslut i registret**

Kontakt med specialistenhet för bedömning av aktuellt sår (Diabetesfotmottagning/Medicin, Kirurgi, Hud, Ortopedi, Infektion, Annan (t.ex. Sårcentrum, Rehabilitering) ……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Venös kärlundersökning med venös duplex (Ja/Nej) ………………………………………………………………………..

Kirurgi på grund av såret (Arteriell kirurgi, Venös kirurgi, Kirurgisk sårrevision, Plastikkirurgi ändras till Plastikkirurgi/Hudtransplantation), Extirpation av hudtumör) ………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kompressionsbehandling (Bindor ca 20 mmHg, Bindor ca 40 mmHg, Justerbar kompression ca 20 mm Hg, Justerbar kompression ca 40 mm Hg, Strumpor Klass 1 (18-21 mm Hg), Strumpor Klass 2 (23-32 mm Hg), Strumpor Klass 3 (34-46 mm Hg), Strumpor Klass 4 (>49 mm Hg)) ………………………………………………………………….

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kompressionsbehandling med pumpstövel eller pumpsko (Ja/Nej) ……………………………………………

Tryckavlastande behandling (Sittrestriktion, Lägesändring i säng enligt schema, Lägesändring i rullstol enligt schema, Förebyggande madrass, Behandlande madrass, Trycksreducerande sittdyna i rullstol, Tryckavlastande sittdyna i rullstol, Hälavlastning, Glidlakan/matta, Tryckavlastande sittdyna på dusch/toalett, Gips, Ortos)

………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Undertrycksbehandling (Ja/Nej) ……………………………………………………………………………………………………………..

Smärtbehandling (Ja/Nej) …………………………………………………………………………………………………………………………

Näringsdryck (Ja/Nej) …………………………………………………………………………………………………………………………………

Givna livsstilsråd (Kostråd, Fysisk aktivitet, Rökstopp, Tryckavlastning) ……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Ordination av kompressionsstrumpa efter sårläkning (Ja/Nej, Om ja ange kompressionsklass 1,2,3,4) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………