

Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvården

Innehållsansvar: RPT svårläkta sår

Granskad och godkänd av: Primärvårdsrådet

Giltig till: 20241231

## Checklista remiss svårläkta ben- och fotsår

Bifoga foto med remissen.

Avsändare: Ange avsändare

Avsändaradress

Datum: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Till: Klicka eller tryck här för att ange text.

Klicka eller tryck här för att ange text.

Patient-ID: Personnummer

Namn

Adress

### Anamnes/status

	Ja	Nej		Ja	Nej
Rökare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsupprimerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtkärlsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förstagångssår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare trombos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förmåga till medverkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare kärlkirurgisk åtgärd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gångare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt sensibilitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare fotproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopediska hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Aktuell medicinering

Klicka eller tryck här för att ange text.

Sårstatus: Höger  Vänster  (Lokalisation, sårutseende, omgivande hud)

Klicka eller tryck här för att ange text.



### **Smärta**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Aktuell lokalbehandling**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Eventuell kompressionsbehandling**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Eventuellt odlingsresultat**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Gångsträcka**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Infektionstecken**

Klicka eller tryck här för att ange text.

### **Dopplerundersökning**

*Arteriell blodtrycksmätning:*

Ankeltryck	höger Ange blodtryck mmHg,	vänster Ange blodtryck mmHg
Armtryck	Ange blodtryck mmHg	
Ankelarmindex	höger Ange index	vänster Ange index

### **Preliminär bedömning/diagnos och frågeställning**

Klicka eller tryck här för att ange text.