



Verksamhet Hud- och könssjukvård

Frågeformulär för dig med sår på ben och fötter

Eftersom sår på ben och fötter kan ha många orsaker behövs utförlig information om tidigare sjukdomar, symtom och mediciner för att fastställa diagnos och välja rätt behandling. Följande frågeformulär kommer att bifogas din journal. Vänligen fyll i så många frågor som möjligt.

Datum

Namn och personnummer

Rörlighet går med eller utan hjälpmedel går med hjälp av personal
rullstolsburen hela dagen sängliggande

Längd **Vikt**

1 Har du haft **ofrivillig viktnedgång** de senaste 3 månaderna? Ja Nej

2 Hur **länge** har du haft nuvarande sår?

3 Har du haft bensår **tidigare**? Ja Nej

Om ja, **när** hade du första gången bensår?

4 Har du haft **djup ventrombos** (blodpropp) i något ben? Ja Nej

Om **ja**, i vilket ben Vänster Höger **När**.....

5 Har du **opererats** för **åderbråck**? Ja Nej

Om **ja**, i vilket ben Vänster Höger Båda

Om **ja**, vilket/vilka år?

6 Har du **åderbråck** nu? Ja Nej

Har du **ned satt arteriell cirkulation** = åderförkalkning i benen? Ja Nej

7 Är du **opererad för arteriell cirkulationsnedsättning** i underben med till exempel sotning eller nya kärl? Ja Nej

Om ja, vilket år? Vänster Höger

8 Har du **smärta** i något av **benen**? Ja Nej

Om ja, i vilket? Vänster Höger Båda benen

När du går Ja Nej

I vila Ja Nej



- 9 Har du **smärta i sår dagtid**? Ja Nej
- Har du **smärta i sår nattetid**? Ja Nej
- 10 Tar du **värktabletter** för smärta i sår och/eller ben? Ja Nej
- Om ja, vilken sort?
- 11 **Äter** du några andra **mediciner**? Ja Nej
- Om ja, vilka sorter?
- 12 Är du **allergisk** mot något till exempel mediciner, salvor, nickel, parfym eller annat? Ja Nej
- Om ja, mot vad?
- 13 Har du haft antibiotikabehandling för aktuellt sår de senaste 6 månaderna? Ja Nej
- 14 Har du **allergitestats** någon gång? Ja Nej
- 15 Har du behandling för **diabetes (sockersjuka)**? Ja Nej
- 16 Har du **haft hjärtinfarkt**? Ja Nej
- Om ja, när?
- 17 Har du **kärlkramp** i hjärtat (angina pectoris)? Ja Nej
- 18 Behandlas du för högt blodtryck? Ja Nej
- 19 Har du andra sjukdomar? Ja Nej
-
- 20 **Röker** du? Ja Nej (har du tidigare rökt? Ja Nej)
- 21 Har någon av dina **föräldrar eller syskon haft bensår**? Ja Nej
- Vem?.....