

Diabetesfotteam multidisciplinärt

Namn:

Personnummer:

Adress:

Tfn:

Vid akuta besvär; ring endokrinkonsulten, NÄL 010-435 2500 (läkarsök/vxl)

Detta gäller även diabetiker med svullen, smärtsam fot

ANAMNESTISKA UPPGIFTER

Diabetes typ: Typ 1 Typ 2 Sekundär

Diabetesdebut:

Insulin sedan:

Hypertoni: Ja

Proteinuri: Ja

Ytligt

P-Kreatinin: $\mu\text{mol/mol}$ (datum:)

HbA1c: mmol/mol (datum:)

Röker: Ja Nej Tidigare

Vilosmärter:

ADL-situation/gångförmåga:

Röntgen (vad/när):

Tidigare sår/amputation:

Aktuell medicinering ska bifogas
(Ev fotodokumentation bifogas)

Ansvarig diabetessjuksköterskas namn:

Telefon:

INFORMATION OM SÅRET

1. Lokalisation:

2. Duration: < 2 mån

3. Snabb progress: Ja
(ring endokrinkonsult enl
ovan)

4. Storlek: cm

5. Djup/utseende:
Subcutis
Muskel/sena Till ben
Sekretion Nekros

6. Infektion: Ja

7. Odling: Ja (bifoga svar)

8. Aktuell omläggning:

9. Blodtryck: *Arm bltr
*Ankel bltr

Vä:

Hö:
*Kvot arm/ankel:

Andra sjukdomar av betydelse:

Inremitterande:

Datum: