

Avsändare

Patientid.

Datum

Till:

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 kärlikirurgisk 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"/>

Aktuell medicinering

Sårstatus: Hö Vä Lokalisation, sårutseende , omgivande hud

Smärta

Aktuell lokalbehandling

Ev. kompressionsbehandling

Ev. odlingsresultat

Dopplerundersökning

Arteriell blodtrycksmätning: ankeltryck hö mmHg, ankeltryck vä mmHg,
armtryckmmHg ankelarmindex hö.....vä.....
...

Venös kärlundersökning hö: Duplex utförd ja nej Handdoppler utförd: ja nej
Misstänkt reflux v.poplitea ja nej Misstänkt reflux v.magna ja nej Misstänkt reflux v.parva ja nej

Venös kärlundersökning vä: Duplex utförd ja nej Handdoppler utförd: ja nej
Misstänkt reflux v.poplitea ja nej Misstänkt reflux v.magna ja nej Misstänkt reflux v.parva ja nej

Preliminär bedömning/diagnos och frågeställning

Underskrift.....