**­Checklista sår** Namn ………………………………..………..….……….

**Boendesituation**

Civilstånd [ ]  Gift/Sambo [ ]  Ensamstående

Hemtjänst [ ]  Ja [ ]  Nej

Hemsjukvård [ ]  Ja [ ]  Nej

Annat Om ja, vad? .........................................

**Allmäntillstånd**

Kärlsjukdom [ ]  Ja [ ]  Nej Om ja, vad? ………………………………………………

Diabetes [ ]  Ja [ ]  Nej Kontrollera blodsocker vid diabetes

Använder stödstrumpor [ ]  Ja [ ]  Nej Hur? …………………………………………………………

Dagligt matintag [ ]  Frukost [ ]  Lunch [ ]  Middag [ ]  Mellanmål

Dagligt vätskeintag ………………………………..

Sömnvanor …………………………………………….

Tobak [ ]  Röker [ ]  Snusar Hur mycket? ……………………………………

**Rörlighet**

[ ]  Går utan problem [ ]  Går kortare sträckor [ ]  Rullator [ ]  Rullstolsburen

Aktivitet per dag ……………….

**Sårstatus**

När uppkom såret och hur? ……………………………………………

Lokalisation …………………………………………………………………..

Sårets utseende [ ]  Vätskande [ ]  Rodnad [ ]  Varicer [ ]  Värmeökat

[ ]  Nekros [ ]  Klåda Annat …………………………………..………

Ödem [ ]  Ja [ ]  Nej

Feber/infektionssymtom [ ]  Ja [ ]  Nej Om ja, vad? ……………………………………………….

Storlek på såret ……………… Smärta 1–10 …………………

Patientens vikt ………………. Blodtryck ………………………

**Åtgärd för detta sår**

[ ]  Tagit foto

[ ]  AAI utfört

[ ]  Kompressionslindning

[ ]  Eventuellt odling vid infektionssymtom - Läs terapirekommendationer s.91 för hänvisning

[ ]  Eventuellt remiss till diabetesfotvården vid diabetesfotsår

[ ]  Frekvens - plan