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

**Boendesituation**

Civilstånd  Sambo  Gift  Förälder  Ensamstående

Hemtjänst  Ja  Nej

Hemsjukvård  Ja  Nej

**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