Personuppgifter: …………………………………………………………………………………………..

Registreringsdatum (datum för det patientbesök då uppgifter till RiksSår börjar samlas in): ……………………………………………

**ANAMNES**

Såransvarig personal: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Vikt: …………………. Längd: ……………………………….

Ofrivillig viktnedgång senaste 3 månader (Ja/Nej) ……………………………………………………………………………………………………

Rörlighet: (Går med eller utan hjälpmedel, Går med hjälp av personal, Rullstolsburen hela dagen, Sängliggande) …………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rökare (Ja, Nej, F.d. rökare) ……………………………………………………………………………………………………………………….

Aktuella sjukdomar (Diabetes, Hjärt/kärl/lung-sjukdom, RA-inflammatorisk sjukdom, Neurologisk sjukdom/pareser/plegier) …………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Aktuella läkemedel (Smärtstillande, Kolesterolsänkande, Immunpåverkande, Blodförtunnande) ………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**SÅRSTATUS**

Sårlokal: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sårduration:(tid i veckor sedan såret uppkom): …………………………………………………………………………………………….

Antibiotikabehandling för aktuellt sår senaste 6 mån (Ja/Nej) ………………………………………………………………

Såryta (om flera sår i samma sårlokal – registrera största sårets yta): …………………………………………………………………………………..

Längd (cm) ………………………………………… Bredd (cm)………………………………………………

Sårsmärta? (om ja ange VAS/NRS): ……………………………………………………………………………………………………………

Störd nattsömn? ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**KÄRLSTATUS** (FYLLS I VID SÅR PÅ UNDERBEN ELLER FOT)

Åderbråck (Ja/Nej) …………………………………………………………………………………………………………………………………

ADP palpabel (Ja/Nej) …………………………………………………………………………………………………………………………….

Ankel/armtrycksindex utfört (Ja/Nej) ………………………………………………………………………………………………………………………….. Ankeltryck ADP: …………………………….

Ankeltryck ATP: ……………………………..

Armtryck: …………………………….

Ankel/armtrycksindex: ……………………………..

Tå/armtrycksindex utfört (Ja/Nej) ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tåtryck: …………………………….

Tå/armtrycksindex: …………………………….

Annan arteriell undersökning, t.ex. artärduplex, angiografi (Ja/Nej) ………………………………………………………………

**MEDICINSK SÅRDIAGNOS**

Diagnosdatum (Datum när patient får en sårdiagnos, om patienten har fått såret diagnostiserat redan innan registrering i registret anges sårets registreringsdatum som diagnosdatum)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Recidivsår (Ja/Nej) …………………………………………………………………………………………………………………………………

Medicinsk Sårdiagnos (*Endast möjligt att välja ett diagnosalternativ, ange det mest dominerande)*

* Venöst sår
* Arteriellt sår
* Arteriovenöst blandsår
* Diabetesfotsår
* Traumatiskt sår
* Trycksår Kategori 2
* Trycksår Kategori 3
* Trycksår Kategori 4
* Vaskulit
* Reumatiskt sår
* Pyoderma gangränosum
* Necrobiosis lipoidica
* Hypertensivt sår
* Primär atrophie blanche
* Basaliom
* Skivepiltelcanser
* Malignt melanom
* Hudlymfom
* Annan ovanlig sårdiagnos

**Övrigt**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….