

OMVÅRDNADSFÖRMULÄR



Patientens pers.nr: □□□□-□□ □□-□□□□

Förnamn _____ Efternamn _____

Datum: □□□□-□□-□□ Skadedatum: □□□□-□□-□□ Diagnoskod: _____

1 BESÖKSFAKTA

Besöket är
<input type="checkbox"/> Enstaka besök
<input type="checkbox"/> Planerad behandling
<input type="checkbox"/> Återbesök pga komplikation
Planerad åtgärd
<input type="checkbox"/> Omläggning/sårkontroll
<input type="checkbox"/> Förbandsminskning
<input type="checkbox"/> Omgipsning
<input type="checkbox"/> Suturtagning
Läkningshämmande faktorer
<input type="checkbox"/> Tobak
<input type="checkbox"/> Sjukdomstillstånd
<input type="checkbox"/> Läkemedel

2 LOKALISATION

<input type="checkbox"/> Volart
<input type="checkbox"/> Dorsalt
<input type="checkbox"/> Handflata
<input type="checkbox"/> Handrygg
<input type="checkbox"/> Handledsnivå
<input type="checkbox"/> Underarm/armbåge
<input type="checkbox"/> Dig I
<input type="checkbox"/> Dig II
<input type="checkbox"/> Dig III
<input type="checkbox"/> Dig IV
<input type="checkbox"/> Dig V
Sida
<input type="checkbox"/> Höger
<input type="checkbox"/> Vänster
<input type="checkbox"/> Båda

3 SÅRBEHANDLING

Typ av sår
<input type="checkbox"/> Operationssår
<input type="checkbox"/> Traumatiskt sår
<input type="checkbox"/> Bett
<input type="checkbox"/> Infektion, primär
<input type="checkbox"/> Infektion, sekundär
<input type="checkbox"/> Brännskada
<input type="checkbox"/> Hudruptur
<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> Transplantat

4 Bandagets utseende vid ankomst

<input type="checkbox"/> Rent
<input type="checkbox"/> Smutsigt
<input type="checkbox"/> Trasigt/trasigt gips
<input type="checkbox"/> Förstärkt
Annat: _____

Forts. 4

Gips
<input type="checkbox"/> Nej (mjukt förband)
<input type="checkbox"/> Cirkulär
<input type="checkbox"/> Skena
Typ av gips
<input type="checkbox"/> Kalk
<input type="checkbox"/> Plastgips (glasfib. el Softcast)
Annat: _____
Vacuumförband
<input type="checkbox"/> VAC
<input type="checkbox"/> Pico
Inre förband
<input type="checkbox"/> Sårbäddskydd/salvkompress
<input type="checkbox"/> Non Woven
<input type="checkbox"/> Gasväv
<input type="checkbox"/> Film
<input type="checkbox"/> Skumförband
<input type="checkbox"/> Suturtejp
<input type="checkbox"/> Zinkförband
<input type="checkbox"/> Bakterie och svampbindande

5 Bandageproblem

<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Läckage genom förband
<input type="checkbox"/> Svårt att ta bort/fastnat
<input type="checkbox"/> Suttit för löst
<input type="checkbox"/> Suttit för hårt
<input type="checkbox"/> Skav/tryck
<input type="checkbox"/> Förband hindrat träning enligt ordination

Åtgärd vid avbandagering

<input type="checkbox"/> Blöter upp med NaCl
<input type="checkbox"/> Spolar med vatten direkt i handfat
<input type="checkbox"/> Vattenbad med kranvatten
<input type="checkbox"/> Saltbad

Sårets utseende

<input type="checkbox"/> Läkt, helt
<input type="checkbox"/> Läkt, delvis
<input type="checkbox"/> Torrt
<input type="checkbox"/> Vätskade
<input type="checkbox"/> Illaluktande
<input type="checkbox"/> Glipar

Hud runt såret:

<input type="checkbox"/> Ja, normal hud
<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Rodnad
<input type="checkbox"/> Blåsor
<input type="checkbox"/> Macererad

Suturteknik

<input type="checkbox"/> Enstaka
<input type="checkbox"/> Fortlöpande
<input type="checkbox"/> Intracutana

Suturmaterial

<input type="checkbox"/> Icke resorberbar
<input type="checkbox"/> Resorberbar

Sårkomplikation

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Infektionstecken

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Odling tagen

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Antibiotika

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Svullnad

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Svullnadsprofylax

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Fortsatt uppföljning

<input type="checkbox"/> Omläggning mott
<input type="checkbox"/> Läkarbesök
<input type="checkbox"/> Distriktssköterska
<input type="checkbox"/> Avslutas

6 SMÄRTA

NRS-vid avbandagering

--

NRS-vid suturtagning

--

Patientens beskrivning

--

Lokalisation av smärta

<input type="checkbox"/> Operations sår
Annat: _____

Smärtbehandling

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Analgetika taget

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> nej

7 INFORMATION

Bristande kommunikation

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Behov av tolk

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Tolk finns

<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Preoperativ information

<input type="checkbox"/> Muntlig
<input type="checkbox"/> Skriftlig
<input type="checkbox"/> Både muntlig o skriftlig
<input type="checkbox"/> Ej erhållit

Postoperativ information med utskrivningsplanering

<input type="checkbox"/> Muntlig
<input type="checkbox"/> Skriftlig
<input type="checkbox"/> Både muntlig o skriftlig
<input type="checkbox"/> Ej erhållit

Höglägesinformation

<input type="checkbox"/> Muntlig
<input type="checkbox"/> Skriftlig
<input type="checkbox"/> Både muntlig o skriftlig
<input type="checkbox"/> Ej erhållit

Smärtbehandlingsinformation

<input type="checkbox"/> Muntlig
<input type="checkbox"/> Skriftlig
<input type="checkbox"/> Både muntlig o skriftlig
<input type="checkbox"/> Ej erhållit