



# SwedeAmp

Registreringsblankett SU

PatientID

## Fylls i på AVDELNING/MOTTAGNING

Blanketten faxas till avd 231, faxnummer: 274298

• **Operation datum:** \_\_\_\_\_

• **Vikt:** \_\_\_\_\_

• **Längd:** \_\_\_\_\_

• **Näringsdryck eller kontakt med dietist**

Ja

Nej

• **Rökning**

Aldrig rökt

Tidigare rökare (har inte rökt senaste året)

Aktiv rökare

Andra nikotinprodukter (plåster, snus)

• **Tidigare gångförmåga**

Gångare

Ej gångare men kan stödja på det aktuella benet

Ej gångare, klarar inte att stödja på det aktuella benet

• **Tidigare sjukdomar (kan kryssa flera) /**

**Andra tillstånd**

Diabetes

Reumatoid artrit

Frakturer

Hjärtsvikt/hjärtsjukdomar (tex förmaksflimmer)

KOL

Njursvikt

Stroke

Neurologiska sjukdomar (tex MS, Parkinson)

Dement

Syn/hörsel problem

Nedsatt handfunktion (tidigare pares, skada)

Immunsuppressiva

• **Är patienten idag amputerad på motsatt ben?**

Nej

Ja, amputationen är läkt

Ja, amputation är inte läkt

• **Om patienten är amputerad på motsatt ben, på vilken nivå?**

Transfemoral

Transtibial

Tå amputation

Övriga \_\_\_\_\_