# SwedeAmp

Patient**ID**

Registreringsblankett SU

## Fylls i på AVDELNING/MOTTAGNING

Blanketten faxas till avd 231, faxnummer: 274298

* **Operation datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Vikt:** \_\_\_\_\_\_\_\_  **• Näringsdryck eller kontakt med dietist**
* **Längd:** \_\_\_\_\_\_\_ 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 • Är patienten idag amputerad**

**på motsatt ben?**

* Diabetes Nej
* Reumatoid artrit Ja, amputationen är läkt
* Frakturer Ja, amputation är inte läkt
* Hjärtsvikt/hjärtsjukdomar (tex förmaksflimmer)
* KOL
* Njursvikt  **• Om patienten är amputerad**
* Stroke **på motsatt ben, på vilken nivå?**
* Neurologiska sjukdomar (tex MS, Parkinson)
* Dement Transfemoral
* Syn/hörsel problem Transtibial
* Nedsatt handfunktion (tidigare pares, skada) Tå amputation
* Immunsuppressiva Övriga\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## SwedeAmp Fylls i på OPERATION Registreringsblankett SU

Patient**ID**

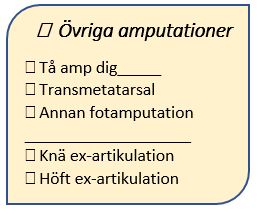
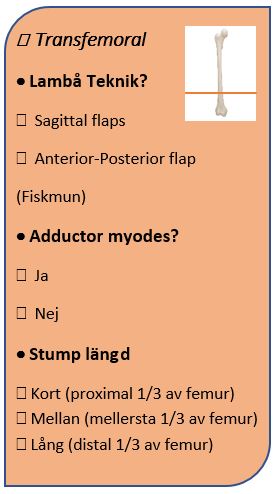
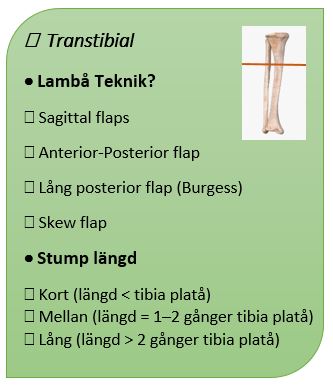
**• Operation Datum:**

**• Operationsavdelning:**  Mölndal Sahlgrenska Östra/DSBS

**• Sida:** VÄ HÖ

* ***Primär amputation***
* ***Revision av stump*** (mjukdelsingrepp med eventuell förkortning av benet)
* ***Re-amputation*** (Byte av amputations nivå till mer proximal, tex transtibial -> transfemoral)

**• Direkt Indikation (kan kryssa flera)** **• Bakgrund diagnoser:**

* Smärta Diabetes (med eller utan kärlsjukdom)
* Progressivt gangrän Ateroskleros utan diabetes
* Infektion
* Akut ischemi
* Sepsis **• Angelägenhet:**
* Tumör Akut (inom 12 timmar)
* Trauma Subakut (13 timmar – 1 vecka)
* Deformitet Planerad (>1 vecka)
* ****Annan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**• Hudförslutning**

Suturer

Agraffer

VAC

Öppet

**• Antibiotika • Trombosprofylax • Förband • Kandidat för protes?**

Bara **per**operativt **postoperativt**  Gips Gångprotes

Bara **post**operativt Ja ORD Inlägg/speciella skor

**Per- och post**operativt Nej Mjuk Oklart

Ej proteskandidat