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 (<u>kan kryssa flera</u>) / 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 <u>på motsatt ben</u>?**

☐ Nej
☐ Ja, amputationen är läkt
☐ Ja, amputation är inte läkt

- **Om patienten är amputerad <u>på motsatt ben</u>, på vilken nivå?**

☐ Transfemoral
☐ Transtibial
☐ Tå amputation
☐ Övriga_____

☐ Ej proteskandidat