



## Remiss medicinsk fotvård

Gäller max ett år från utfärdandedatum

### Patientinformation

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	Patientansvarig läkare

### Patienten tillhör följande målgrupp (OBS! Kryssa enbart i del 1 eller 2)

<b>1. Diabetes <u>utan</u> komplikation:</b> <input type="checkbox"/> Årlig fotstatus (i samband med årlig läkemedelsgenomgång)	
<b>2. Diabetes <u>med</u> befintlig el. begynnande komplikation:</b>	
<input type="checkbox"/> Perifer neuropati och/eller angiopati	<input type="checkbox"/> Förhårdnader
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Mycket torr hud
<input type="checkbox"/> Rodnader	<input type="checkbox"/> Palpabel fotpuls eller ankeltryck <80mm Hg
<input type="checkbox"/> Fotdeformiteter	<input type="checkbox"/> Nedsatt perifer cirkulation
<b>Svår cirkulationsrubbing som:</b>	
<input type="checkbox"/> Förorsakat sår	<input type="checkbox"/> Riskerar förorsaka sår
<b>Grava fotproblem relaterade till missbildningar och felställningar orskad av:</b>	
<input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Ortopedisk sjukdom
<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom	
<b>Andra fotsjukvårdsfall, till exempel svårare nageltrång, eller psoriasis med fotkomplikation.</b>	
.....	

### Remitterande sjuksköterska

Datum	För- och efternamn	Signatur
-------	--------------------	----------

### Remissvar (ifylls av fotvårdare)

<b>Remissen</b>	<input type="checkbox"/> Godkänns	<input type="checkbox"/> Avslås	Datum: .....
.....			
.....			
.....			
.....			