

Checklista inför amputation

Civilstånd.....
.....

Bostadsförhållande.....
.....
.....

Gångförmåga före aktuell försämring

Gångare
Ej gångare, kan stödja vid förflyttning
Kan ej stödja

Preoperativ utredning

Bedömd av kärlkirurg nej ja
Om ej, bör det ske nej ja
Om nej, varför inte?.....
Bedömd av specialist ortopedi nej ja

Diagnos/Underliggande tillstånd

Perifer kärlsjukdom utan känd diabetes
Diabetes med perifer kärlsjukdom
Diabetes utan känd perifer kärlsjukdom
Annan, specificera.....

Indikation

Intolerabel smärta nej ja
Progredierande gangrän nej ja
Allmänpåverkan, septisk/toxisk nej ja
Abscess/lokal djup infektion nej ja
Annan, specificera.....

Sida * Hö Vä Bilateralt

Nivå för lokal förändring (sår, gangrän,
infektion).....
.....

Demarkationsnivå för perifer kyla/missfärgning

.....

Status andra ben.....
.....
.....

Behandlad med Waran nej ja

Urinsticka glucos..... Vikt.....

Temp..... SR.....

S-Krea..... B-HB.....

Bedömning och planering

Amputationsnivå

Tå/Tår, ray
Transtibial
Knäledsartikulation
Transfemoral

Orsak till att lägre nivå ej kan väljas

Lokalisation och/eller utbredning av process (sår, gangrän, infektion)
Smärtutbredning
Cirkulation
Kontraktur
Övrigt, specificera.....

Sidomarkering gjord nej ja

Behov av ytterligare preoperativ
smärtlindring nej ja

Antibiotika Redan insatt, fortsättes
insättes

Extra nutrition nej ja

Sjukgymnast kontaktad nej ja

Avses protesanpassning nej ja
osäkert

Information

Patienten informerad och har godkänt
Patient och anhörig informerad
Endast anhöriga informerade

Datum för anmälan.....

Signatur.....

Preoperativt bedömd av rehab-personal

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Datum.....

Signatur.....