

Kommunikation mellem hospital og hjemmesygepleje angående **sårbehandling**.  
(udfyldes ved hver kontakt mellem hjem og hospital)

CPR:	
NAVN:	Område/afdeling:
ADRESSE:	Telefon:
TELEFON:	Behandelnde læge/sygeplejerske:

<b>SÅRPROBLEMATIK:</b> - hvordan, hvornår opstået - placering - størrelse - diagnose	
<b>AKTUEL BEHANDLING:</b> Vasket/ bruset/ spulet med vand	<input type="checkbox"/> med sæbe <input type="checkbox"/> uden sæbe <input type="checkbox"/> sterilt NaCl
Hudpleje og beskyttelse af sårkanter inkl. eksem	
Sårbehandlingsprodukt	
Kompressionsbandage	
Bandageskift, hvor ofte	
<b>SMERTER / SMERTEBEH.:</b>	
<b>PODNING:</b>	<input type="checkbox"/> JA – Ved behov for behandling tages kontakt til patienten <input type="checkbox"/> NEJ
<b>ANTIBIOTISK BEH.:</b>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
<b>PRÆPARAT OG DOSIS:</b>	
<b>BEHANDLINGSVARIGHED:</b>	
Har patienten MRSA eller andre multiresistente mikroorganismer?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har patienten været sammen med personer med MRSA?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har patienten været behandlet i udlandet (udenfor Norden og Holland)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>TERAPEUTISK FODTØJ:</b>	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA HVILKET:
<b>AFLASTNING:</b> I seng, i stol, af hæle	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA HVILKET MATERIALE:
<b>MOBILISERING / RESTRIKTIONER:</b>	HVILKEN / HVILKE:

FOREBYGGELSESamtale om:	JA	NEJ	Bemærkninger:
Kost			
Rygning			
Alkohol			
Motion			
Pjece / vejledning udleveret			
	Pjecens titel:		
Bemærkninger i øvrigt:			
PLAN:			
Undersøgelse ved næste kontrol: Ny tid:			

#### SYGEPLEJERSKENS EVALUERING OG OPFØLGNING:

	Navn/titel:
	Telefon:

Udgivet af Sårdokumentationsgruppen i Region Hovedstaden, 2009.  
 Fagligt ansvarlig: Annette Norden,  
 Klinisk oversygeplejerske, Herlev Hospital.