EKERÖ KOMMUN

Bilaga 8:1
Rev. 2024-12-02

Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Remiss medicinsk fotsjukvård

Patientinformation

För- och efternamn	Personnummer

Särskilt boende

Verksamhet/ boende/ avdelning	Telefonnummer

Markera aktuell ruta gällande patienten

☐ Diabetes med risk för eller befintliga/ begynnande fotproblem

☐ Reumatisk sjukdom med fotproblem

☐ Neurologisk sjukdom med fotproblem

☐ Psoriasis med fotkomplikationer

☐ Cirkulationsrubbning som medför risk för eller förorsakat fotproblem

☐ Andra fotsjukvårdsfall, t.ex. svårare nageltrång, eller psoriasis med fotkomplikation.

Grupp 1 – låg risk ☐
Grupp 2 – medelhög risk ☐
Grupp 3 – hög risk ☐
Grupp 4 – mycket hög risk, pågående skada ☐

Grupp 1
Låg risk Diabetes: Friska fötter. Undervisning till egenvård. Kostnadsfri behandling **1 gång/år**

Grupp 2
Medelhög risk: Nedsatt känsel. Förhårdnader, torr hud, rodnader, deformiteter. Regelbunden fotsjukvårdande behandling. Ortopediska hjälpmedel. Kostnadsfri behandling **max 4 ggr/år**

Grupp 3
Hög risk: Fotsår, aktuella/ tidigare. Amputerad p.g.a. diabetes. Nedsatt känsel, nedsatt arteriell cirkulation. Bristande förmåga till egenvård. Täta kontroller hos fotterapeut. Täta kontroller hos fotterapeut. Kostnadsfri behandling **1 gång/månad.**

Grupp 4
Mycket hög risk: Pågående allvarlig fotsjukdom såsom ischemi, infektion. Charcotfot. Fotsårsmottagning/ Fot-team. Ortopediska hjälpmedel. Behandlas av sjukvårdsteam med tät frekvens.

Beskriv varför fotsjukvård beviljas

Remittent, Läkare

Datum **(Remiss giltig 1 år)**	Namn	Telefonnummer

Remissvar efter behandling medicinsk fotsjukvård

Vid behov av ytterligare utrymme gällande remissvar får kopia på fotsjukvårdsterapeutens dokumentation biläggas.

Medicinsk Fotsjukvårdsterapeut

Datum	Namn	Telefonnummer

Remissen gäller max 1 år ska därefter omprövas och ny remiss skrivas om fortsatt behandling krävs

Ska sparas i omvårdnadsjournalen