

Krooninen alaraajahaava, potilaan esitiedot

Kaavake täytetty (nimi ja pvm)	
Potilaan nimi ja henkilötunnus	
Paino _____ kg, Pituus _____ m (esim. 1.71 m) BMI _____ = kg/m² (paino/pituus²)	
Tupakointi Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Lopettanut (milloin)	
Lääkitys	
Lääkeaineallergiat	Kosketusallergiat/sopimattomat hoitotuotteet
Aiemmat alaraajavammat (mitkä, vuosi)	
Sairastetut laskimotukokset (vuosi)	
Sairastetut erysipelakset eli ruusut (vuosi)	
Alaraajojen kirurgiset toimenpiteet	Vuosi (paikka)
Laskimokorjausleikkaukset	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Valtimoiden pallolaajennukset	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Valtimoiden ohitusleikkaukset	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Muut leikkaukset/amputaatiot	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Haava-anamneesi	
Aiemmat alaraajahaavat (missä, milloin)	
Nykyhaavan alkamisajankohta _____	(pvm) kesto _____ viikkoa
Onko haavaa edeltänyt vamma?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Turvotuksenestohoito	Hoitosukka <input type="checkbox"/> Tukisidos <input type="checkbox"/> Mikä?
Haavakipu VAS (0-10)	

Haavan ulkonäkö	Oikea	Vasen
Nykyhaavan sijainti		
Haavan koko	cm x cm	cm x cm
Haavan syvyys	Pinnallinen / Syvä	Pinnallinen / Syvä
Haava granuloi (punainen)	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Fibriinikate (keltainen)	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Haavassa nekroosia (musta)	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Kliininen haavainfektio (esim. märkäinen erite)	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Haavaerite	Paljon <input type="checkbox"/> Vähän <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/>	Paljon <input type="checkbox"/> Vähän <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/>
Haavassa poikkeava liikakasvu	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Haavareuna sinipunertava / nekroottinen	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Haavaa ympäröivä iho ärtynyt	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajan yleisstatus	Oikea	Vasen
Raajassa staasipigmentaatiota	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa lipodermatoskleroosia	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa ekseemaa	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Atrophiae blanche -muutos	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa turvotusta	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa pinnallisia suonikohjuja	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa särkyä, joka helpottaa raajaa kohotettaessa	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Raajassa särkyä, joka helpottaa raajaa rokotettaessa	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Säärikarvoitus	Normaali / Puuttuu	Normaali / Puuttuu
Pohkeen lihakset surkastuneet	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Ihotunto (monofilamentti)	Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/>	Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/>
Nilkan liikkuvuus hyvä	Hyvä <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/>	Hyvä <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/>
Raajan lämpötila	Viileä <input type="checkbox"/> Lämmin <input type="checkbox"/>	Viileä <input type="checkbox"/> Lämmin <input type="checkbox"/>
Valtimoverenkierron riittävyyden arviointi		
Oikea	Vasen	
a.femoralis __/__, a.poplitea __/__, a.t.p / , a.d.p /	a.femoralis __/__, a.poplitea __/__, a.t.p / , a.d.p /	
Nilkka-olkavarsi -painesuhde (ABI-indeksi) normaali ≥ 0.9 kriittinen ≤ 0.5	Nilkka-olkavarsi -painesuhde (ABI-indeksi) normaali ≥ 0.9 kriittinen ≤ 0.5	
Todennäköisin haavan etiologia kliinisen tutkimuksen perusteella		
Todennäköinen diagnoosi ICD 10		
Hoitosuunnitelma		
Jatkotutkimukset: Laskimokirurgian tarpeen arvio Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>		

Valtimokirurgin konsultaatio Kyllä <input type="checkbox"/> milloin _____ Ei <input type="checkbox"/>
Ihotautilääkärin konsultaatio Kyllä <input type="checkbox"/> milloin _____ Ei <input type="checkbox"/>
Hoidon tavoite ja aikataulu sekä seurantasuunnitelma
Muuta hoidon kannalta olennaista
Hoidosta vastaava lääkäri/hoitaja