

**JÄRFÄLLA****MAS RIKTLINJE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

2022-09-16

Reviderad

<b>Remiss till medicinsk fotsjukvård - särskilt boende för äldre. Remiss skickas per post.</b>			
REMISS TILL: <b>Fot &amp; Hälsagruppen</b>		Patientens namn:	
Datum		Personnr:	
Vårdboende: Enhet: Adress:		Remittent:	
Tele:		Tele:	
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska:	Tele:	Patientansvarig läkare:	Tele:
<b>Sätt kryss i ruta som berättigar till medicinsk fotsjukvård:</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes i riskgrupp 2 <input type="checkbox"/> Diabetes i riskgrupp 3 <input type="checkbox"/> Cirkulationsrubbingar som förorsakat eller riskerar att förorsaka sårbildningar <input type="checkbox"/> Grava fotproblem förorsakade av reumatiska, ortopediska och neurologiska sjukdomar <input type="checkbox"/> Andra fotsjukvårdsfall av uttalad medicinsk art ex. svårare nageltrång el. psoriasis med fotkompl. Ange vilken _____ (Se direktiv i MAS riktlinje gällande kriterier)			
<b>Beskriv varför medicinsk fotsjukvård beviljas med en tydlig frågeställning:</b>			

**Meddelande till remittent efter fotsjukvårdsbehandlare:**

Datum:	Fotterapeut namn:	Tele:

