

DIABEETIKON JALKOJEN TUTKIMUSLOMAKE JA HOITOSUOSITUS/lääkäri täyttää

Potilaan nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Toimintnumero 260 Kustannuspaikka 1824

RISKILUOKKA-ARVIOON PERUSTUVA LÄHETE OHJE

- **Riskiluokka 3**= aiempi jalkahaava tai tehty amputaatio → **täytä kohta 4 ja tee suositus**
- **Riskiluokka 2**= suojaava tunto alentunut vähintään 1 mittauskohdassa ja lisäksi kuormitusmuutoksia (myös Charcot) ja/tai heikentynyt verenkierto → **täytä riskiluokka-arvio alla olevan ohjeen mukaan, laske riskipisteet ja tee suositus, jos ≥ 2 riskipistettä täyttyy**
- **Riskiluokka 1**= suojaava tunto alentunut, mutta muut riskiluokka 2 edellytykset puuttuvat = ei perusteita terveyskeskuksen osittain kustantamaan jalkojenhoitoon
- **Riskiluokka 0**= suojaava tunto normaali= ei perusteita terveyskeskuksen osittain kustantamaan jalkojenhoitoon

JALKOJEN TUTKIMINEN JA RISKILUOKAN ARVIOINTI

1. Hermosto

Suojaava tunto (10 g monofilamentti), merkitse + (tallella) tai - (puuttuu) (**≥ 1 - merkki = 1 riskipiste**)

- isovarvas _____oikea/ _____vasen
- päkiän ulkosyrjä _____oikea/ _____vasen
- päkiän sisäsyryjä _____oikea/ _____vasen

2. Asentovirheet ja/tai erityiskengän tai tukipohjallisen tarve, merkitse mi(t)kä (esim. vasaravarpaat, lattajalka, kevennyspohjalliset) (**≥ 1 poikkeama = 1 riskipiste)**

oikea/ _____ vasen _____
oikea/ _____ vasen _____
oikea/ _____ vasen _____
oikea/ _____ vasen _____

3. Verenkierto

Perifeeriset pulssit, merkitse + (tallella), - (puuttuu):

ADP: oikea _____/vasen _____ ATP: oikea _____/vasen _____ **Jos yksikin - merkki, → mittaa**

ABI-arvo _____oikea/ _____vasen (normaali ≥ 0.7 (**alle 0,7 = 1 riskipiste**))

TAI absoluuttinen nilkkapainearvo oikea _____/vasen _____ (**jos < 70 mmHg = 1 riskipiste**)

4. Aiempi jalkahaava tai/ja amputaatio, merkitse minä vuonna ja kumpi jalka (=riskiluokka 3)

5. Diabetesjalan muut komplikaatiot (esim. Charcot-jalka, osteiitti), merkitse mikä tai mitkä komplikaatiot ja minä vuosina (**≥ 1 poikkeama = riskiluokka 3)**

MERKITSE RISKILUOKKA 0-3 (kohtien 1-5 perusteella) = _____

Päivämäärä _____

Lähtävä lääkäri: _____

Terveysasema ja lääkärin puh.no: _____

Jalkojenhoitosuositus lähetetään diabetesvastuulääkärille Liisa Hiltuselle diabetesvastaanotolle (edellyttä riskiluokkaa 2 tai 3)

PÄÄTÖS/ SUOSITUS HOIDOSTA (Diabetesvastuulääkäri täyttää)

Hoitokertojen määrä _____/vuosi 200_____ tai säännöllisesti _____viikon/kuukauden välein

Omavastuu 10€/kerta (jalkojenhoitaja/jalkaterapeutti perii)

Päivämäärä _____

Päätöksentekijän nimi _____

Päätös lähetetään diabetesvastaanotolta asiakkaalle ja kopiot hoidon päätyttyä lähettäneelle lääkärille,