



Till vederbörande distriktsjuksköterska ansvarig för kompressionsbehandling

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Namn på vårdcentral | Namn på patient och personnummer |
|---------------------|----------------------------------|

| | | |
|-------------------------------|---------------|-------------|
| Patientansvarig sjuksköterska | Telefonnummer | Arbetsplats |
| Beställare | Telefonnummer | Arbetsplats |

KOMPRESSIONSFÖRBAND

| Indikation | Preparattyp | Artikel (el motsv) |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| Vid venös insufficiens | | |
| – för uppegående patient | Lågelastisk binda | Rosidal K |
| – för stillasittande patient | Högelastisk binda | ViTri:Forte |
| – för kvalitetssäkrat tryck | Flerlayersbandage | Coban 2*, Comprifore Lite, Profore |
| | Behandlingsstrumpa | Actico Silk |
| – ffa tillsammans med zink-salvstrumpa vid venösa sår/eksem | Mellanelastisk självhäftande binda | Coban* |
| – venösa sår/eksem | Zinkförband | Zipzoc Salvstrumpa** |

* innefattar samtliga varianter av artikeln

** förskrivs på recept

Förebyggande stöd-/kompressionsstrumpa ordinerat av läkare på vårdcentral

| | | |
|---------------------|----------|--------|
| Stödstrumpa | Artikel: | Antal: |
| Kompressionsstrumpa | Artikel: | Antal: |