

# Vacuumassisterad sårbehandling

## Bilaga 7 Praxisenkätformulär

---

Namn på sjukhus: \_\_\_\_\_ samt Landsting/Region \_\_\_\_\_

Primärt upptagningsområde (befolkningsunderlag): \_\_\_\_\_

1) Typ av klinik:

- Thoraxkirurgi
- Allmän kirurgi
- Ortopedi
- Plastikkirurgi
- Urologi
- Transplantationskirurgi
- ÖNH-kirurgi

2) Totalt antalet ingrepp per år? \_\_\_\_\_

3) Använder ni VAC på er klinik?

- Nej (om Nej: enkäten avslutad, vänligen skicka tillbaka blanketten till SBU)
- Ja

4) Om Ja: När infördes behandlingsmetoden? \_\_\_\_\_

5) Använder ni något PM för vilka patienter och hur metoden ska användas?

- Nej
- Ja (Bifoga gärna PM eller kortare beskrivning!)

6) Vilken typ av VAC-metod används?

- Egentillverkad
- KCI Inc: V.A.C.®
- Smith & Nephew, Inc: V1STA, RENASYS™)
- Övrigt (här kan vederbörande pm eller manual bifogas) \_\_\_\_\_

7) Har effekterna av metoden utvärderats?

- Nej
- Ja
- Vet ej

Om ja, bifoga gärna information var och hur utvärderingen kan nås!

Uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_