

Transportremiss Allmän

Skriv ut och skicka med patienten!

Datum

Transportdatum:

Patientuppgifter

Patientens personnummer:
Patientens namn:

Uppgift om sjukhus/avdelning/läkare

Avsändande sjukhus/avdelning:
Mottagande sjukhus /avdelning:
Avsändande läkare:
Telefon avsändande läkare:

(S)ituation

Diagnos/anledning till kontakt:

(B)akgrund

Tidigare sjukdom:
Allergier:

(A)ktuellt

Instängd patologisk gas:
Aktuell sjukdom/skada:
Aktuella läkemedel/infusioner:

(R)ekommendationer (ordinationer under transport)

Målvärden (Saturation, BT HR, Läkemedel, styrka dos)
--

Kontakt med FKC

Planerad transport 090-18 68 70

Akut transport 090-18 68 20

Adm. frågor 090-18 72 10

A	Fri luftväg	Tracheotomerad		
B	Syrgas	NEJ	JA	liter/min/%:
	Saturation %:			Andningsfrekv.:
	Lungröntgen tagen:	NEJ	JA	
	Pneumothorax:	NEJ	JA	vå/hö:
	Övrigt:			
C	BP:			HR:
	Rytm/arytmi:			Hb g/l:
	EKG-behov:	NEJ	JA	ange:
	Pågående blödn.:	NEJ	JA	ange:
	HLR:	NEJ	JA	
	Övrigt:			
D	GCS:	RLS:	VAS:	
	Intracraniell luft:	NEJ	JA	ange:
	Psykomot. oro:	NEJ	JA	ange:
	Neurol. påverkan:	NEJ	JA	ange:
	Rygg/nackskada:	NEJ	JA	stabil instabil
	Flygrädsla:	NEJ	JA	ange:
Övrigt:				
E	Temp C:	Illamående:	NEJ	JA
	Invasiv infart obligatorisk (undantag kan göras)			
	PVK läge:		CVK, läge:	
	KAD	Sond	Annat:	
	Drän 1,	Aktivt	Passivt, läge:	
	Drän 2,	Aktivt	Passivt, läge:	
	Övrigt:			
Toalettbesök innan patienten lämnar avdelningen samt påklädd och skor. Märk handbagage med namn, Max 12 kg.				