

# Transportremiss Allmän

Skriv ut och skicka med patienten!

Datum .....

Transportdatum:
-----------------

## Patientuppgifter

Personnummer:	<b>OBS</b> Patientens ID-band ska medfölja patient till mottagande sjukhus/avdelning.
Patientens namn:	
Bagage/väska:	NEJ JA max 12 kg
Special/rullstol:	NEJ JA ange:
Vikt, kg:	Längd, cm:

## Uppgift om sjukhus/avdelning/läkare

Avsändande sjukhus:	Avdelning:
Telefon avdelning:	Beställande region
Mottagande sjukhus:	Avdelning:
Telefon avdelning:	Beställande region
Avsändande/ordinerande läkare:	Telefon

## (S)ituation

Diagnos/anledning till kontakt:
---------------------------------

## (B)akgrund

Tidigare sjukdom:
Allergier:

## (A)ktuellt

Instängd patologisk gas:
Aktuell sjukdom/skada:
Övrigt:

## (R)ekommendationer (ordinationer under transport)

Behandlingsmål / målvärden	Läkemedel	Styrka	Dos	Adm. sätt	Sign
HR, bpm: > <					
BP, mmHg: > <					
Sat, %: >					

Överkänslighet läkemedel:

<b>A</b>	Fri luftväg	Tracheotomerad		
<b>B</b>	Syrgas	NEJ JA liter/min%:		
	Saturation %:	Andningsfrekv.:		
	Lungröntgen tagen:	NEJ JA		
	Pneumothorax:	NEJ JA vä/hö:		
<b>C</b>	BP:	HR:		
	Rytm/arytmi:	Hb g/l:		
	EKG-behov:	NEJ JA ange:		
	Pågående blödn.:	NEJ JA ange:		
	HLR:	NEJ JA		
	<b>D</b>	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:		
<b>E</b>		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:	
	Journalhandlingar, vid behov röntgensvar			
Slutanteckning				
Läkemedelslista				
Övrig information				
<b>!</b> Toalettbesök innan patienten lämnar avdelningen Påklädd med skor. Märk bagage med namn.				

**Kontakt med FKC**  
Planerad transport 090-18 68 70  
Akut transport 090-18 68 20  
Adm. frågor 090-18 72 10