

Transportremiss Allmän

Skriv ut och skicka med patienten!

Transportdatum:

Patientuppgifter

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

Uppgift om sjukhus/avdelning/läkare

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

(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:

Vid frågor om redan beställt uppdrag
Planerad transport 090-18 68 70
Akut transport 090-18 68 20

Datum

A	Fri luftväg	Tracheotomerad	
B	Syrgas	NEJ JA liter/min/%:	
	Saturation %:	Andningsfrekv.:	
	Lungröntgen tagen:	NEJ JA	
	Pneumothorax:	NEJ JA vä/hö:	
C	BP:	HR:	
	Rytm/arytmi:	Hb g/l:	
	EKG-behov:	NEJ JA ange:	
	Pågående blödn.:	NEJ JA ange:	
	HLR:	NEJ JA	
	D	GCS:	RLS:
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:	
E		Temp C:	Illamående:
	Invasiv infart obligatorisk (undantag kan göras)		
	PVK läge:		CVK, läge:
	KAD	Sond	Annat:
	Drän 1,	Aktivt	Passivt, läge:
	Drän 2,	Aktivt	Passivt, läge:
Övrig information			
! Toalettbesök innan patienten lämnar avdelningen Påklädd med skor. Märk bagage med namn.			

För beställning ring SOS: 011-12 44 85

SVENSKT AMBULANSFLYG 