

# Transportremiss Neonatal-team

Skriv ut och skicka med patienten!

## Kontakt med FKC

Planerad transport 090-18 68 70

Akut transport 090-18 68 20

Adm. frågor 090-18 72 10

### Beställare

Beställarens namn:
Beställarens telefonnr.:
Signatur:

### Patientuppgifter

Barnets namn:
Barnets personnr.:
Barnets hemmaregion:

### Barnets transportväg

<b>FRÅN:</b> ange sjukhus och vårdavdelning:
<b>TILL:</b> ange sjukhus och vårdavdelning:

### Kort medicinsk rapport – SBA(R)

Situation:			
Bakgrund:			
Aktuellt:			
HFNC	CPAP	RESP	Behov av marktryck
Medical oxygen: (O <sub>2</sub> l/min)	Medical air: (10 l/min)		
Rekommendationer:			
Smittsam sjukdom:			

### Transportkonfiguration ambulansflyg

Transp.kuvös Airborne	Babysleeper (Liggande barnbilstol)
Bilbarnstol	KangooFix På anhörigs bröstorg
Annat, beskriv:	

Datum .....

### Marktransport

Transportkuvös	Bilbarnstol, Babysleeper eller KangooFix
<b>Information:</b> Rutinen är stor ambulans med syrgas, luft, 230V, Penslåde med Allfakrokar, ingen bår, ingen 20 G-platta, minst 2 bältesutrustade platser i vårdutrymmet.	<b>Information:</b> Rutinen är stor ambulans med syrgas, 230 V och ambulansbår, minst 2 bältesutrustade platser i vårdutrymmet.
Något utöver angiven rutin:	

### Upphämtning av Neonatalteam

<b>PLATS:</b> ange sjukhus och avdelning	
Inom 0–3 h	Annat önskemål om datum och tid:
Inom 3–6 h	.....

### Tid för hämtning och lämning av patient

Uppskattad tid på sjukhus/avdelning för att <b>HÄMTA</b> patient.	Uppskattad tid på sjukhus/avdelning för att <b>LÄMNA</b> patient.
Under 1 h	Under 1 h
1–2 h	1–2 h
2–3 h	2–3 h
Annat, beskriv:	

### Neonatalteam (namn måste anges för PAX-lista i flygplan)

Namn transporterande neonatolog:
Namn transporterande sjuksköterska:
Namn transporterande förstärkningsperson:

### Förälder/anhörig (namn måste anges för PAX-lista i flygplan)

Namn på anhörig:	Medföljande under transp.
Mobilnummer till anhörig:	
Namn på anhörig:	Medföljande under transp.
Mobilnummer till anhörig:	

### Övrig information

--