# Transportremiss Allmän

Datum .....

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 sjuhus 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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: | 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: | | |
| **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: | |

Övrig information

**!** Toalettbesök innan patienten lämnar avdelningen
Påklädd med skor. Märk bagage med namn.

## (R)ekommendationer (ordinationer under transport)

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

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

Skriv ut och signera

SVENSKT AMBULANSFLYG