

Rapport inför överföring av barn mellan enheter

S

Datum: _____

Barnets namn & personnummer: _____

Diagnos: _____

Överkänslighet: _____

Från sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Till sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Transport med: Ambulans Helikopter Annat: _____ Tid: _____

Föräldrarna: Informerade/förberedda Transport: _____

Boende på mottagande avdelning: _____

B

Vårdförlopp: _____

A

Andning/cirkulation

Andningsstöd: _____

Syrgasbehov: _____

Övervak: EKG SaO2 Resp x _____ Tc-mätning x _____ Bltr x _____ Temp x _____

Aktuella värden: _____

Nutrition

Vikt: _____ Specialkost: _____

Per os

Metod: _____ Sort: _____ Mängd: _____ Berikning: _____

Infusion

Sort: _____ Hastighet: _____ Infart: _____

Skickar med TPN Beställt TPN/leverans till avdelningen: _____

Elimination

Buk: _____

Avföring: _____

Stomi: _____

Urinmängd/urinmätning: _____

Smärta

Smärtskattning: _____

Smärtbehandling: _____

Hud

Sår/plitor/färg: _____

Neurologiskt

Tonus/kramper: _____

Psykosocialt

Familjens situation/välmående: _____

Föräldramedverkan: _____

Samtalsbehov: _____

Behov av tolk: _____ Språk: _____

Labsvar/undersökningar

Känd smitta hos patient: _____ Känd smitta på enheten: _____

Kem.lab/Bakt.lab: _____

Prover/screeningar som är tagna, inväntar svar: _____

Ultraljud/Röntgen: _____

Operation: _____

Speciell omvårdnad

Skötsel av sår/stomi/infart/drän: _____

Suturer: _____ Borttagning: _____

Material: _____

_____ Skickas med

Aktuella läkemedel

Läkemedel	Styrka	Dos	Finns på avd.	Skickas med	Beställt	Kommentar

R

Planerade åtgärder/prover/uppföljning: _____
