

# TRANSPORTORDINATION AMBULANSUPPDRAG

(Nedan ifylls av ansvarig avsändande sjuksköterska)

Datum

\_\_\_\_\_

Avsändande Avdelning/Sjukhus

\_\_\_\_\_

Mottagande Avdelning/Sjukhus

\_\_\_\_\_

Mottagande läkare

\_\_\_\_\_

Transportorsak/Diagnos

\_\_\_\_\_

|                  |                                       |                              |
|------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Patientidentitet | Id-märkt: Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|------------------|---------------------------------------|------------------------------|

Vikt (Obligatorisk uppgift vid barn samt vikt > 120 kg)

\_\_\_\_\_ kg

Närstående informerade

om transport: (kryssa för) Ja  Nej

Närstående/vårdare behöver medfölja under

transport: (kryssa för) Ja  Nej

(Normalt kan anhöriga ej medfölja, undantag kan göras i

särskilda fall, eller då åldern < 18 år)

Handlingar/tillhörigheter som medföljer:  Journalanteckningar  Röntgenbilder  Övrigt, ange: \_\_\_\_\_

## ORDINATION UNDER TRANSPORT

(Nedan ifylls av ansvarig avsändande läkare)

Ordinerande/Transportansvarig läkare

Telefonnummer (direkt/ej vxl)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ambulanspersonalens ordinarie "Medicinska riktlinjer för Ambulanssjukvården Stockholm läns landsting" gäller under transport vid akut försämring? (kryssa för) Se [Läkemedel ambulans SLL](#)

Ja

Nej  Behandlingsinskränkning, vad? \_\_\_\_\_ Läk. Sign

Har patienten smittsam sjukdom, är infektionskänslig eller finns annan anledning till att samåkning med annan patient är olämplig? (kryssa för)

Ja  Vad: \_\_\_\_\_

Nej

Är patienten medicinskt optimerad inför avtransport? (kryssa för)

Ja

Nej  Kommentar: \_\_\_\_\_

Extra personal medföljer under transport? (kryssa för)

Ja  Läkare:  Sjuksköterska:  Annan: \_\_\_\_\_

Nej

# TRANSPORTORDINATION

## AMBULANSUPPDRAG

 Patientidentitet
 

## ORDINATION UNDER TRANSPORT

*(Nedan ifylls av ansvarig avsändande läkare)*

Specifik övervakning eller åtgärd under transport? (kryssa för)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pulsoxymetri/Puls<br><input type="checkbox"/> Blodtryck (noninvasivt)<br><input type="checkbox"/> 3-avlednings EKG (rytmövervakning)<br><input type="checkbox"/> 12-avlednings EKG (ischemiövervakning)<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
|--|--|

Läkemedel under transport

| Läkemedel, beredning, styrka | Adm. Sätt | Dos | Kl. | Kl. | Kl. | Kl. | Läk. Sign |
|------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
|                              |           |     |     |     |     |     |           |
|                              |           |     |     |     |     |     |           |

|        |  |       |  |
|--------|--|-------|--|
| Syrgas |  | l/min |  |
|--------|--|-------|--|

Pågående infusioner under transport

| Infusion, styrka, ev. tillsats | Dos | Hastighet | Läk. Sign |
|--------------------------------|-----|-----------|-----------|
|                                | ml  | ml/h      |           |
|                                | ml  | ml/h      |           |

Läkemedel "vid behov" under transport

| Läkemedel, beredning, styrka | Adm. Sätt | Indikation | Dos | Maxdos | Läk. Sign |
|------------------------------|-----------|------------|-----|--------|-----------|
|                              |           |            |     |        |           |
|                              |           |            |     |        |           |

**Observera att läkemedel som ev. skall ges under transport jordningsställs och medskickas innan avtransport sker!**