

Transportjournal mellan vårdenheter

Transporten beställd	Avser datum	Av:
----------------------	-------------	-----

Indikation för ambulanstransport

- Läkemedelsadministration
- Medicinsk övervakning
- Utförande av eller beredskap för utförande av medicinsk behandling

Patientdata

ID-märkt Ja Nej

Personnummer
Namn
Vikt (obligatorisk uppgift vid barn samt pat vikt >120 kg)

Avsändande enhet

Klinik och avdelning
Telefon
Pat ansvarig läkare

Mottagande enhet

Klinik och avdelning
Telefon
Pat ansvarig läkare

Aktuellt sjukdomstillstånd

Känd smittsam sjukdom.
Vilken?
Ja Nej

Tillfällig läkemedelsordination	Volym mg/ml	Signatur	Medicinsk övervakning & behandling
			<input type="checkbox"/> EKG
			<input type="checkbox"/> Övrigt

Syrgas l / min

För medicinska riktlinjer
Ambulanssjukvården SLL
<http://www.webbhotell.sll.se/prehospitala/Medicinska-riktlinjer/>

Beslut om behandlingsinskränkning under transport?

Ja Nej Vilka? Läkarsignatur

Ev medföljande personal

Läkare	Sjuksköterska
--------	---------------

Medföljande handlingar/tillhörighet

Röntgenbilder Journal Remiss LM-lista Övrigt

Mott.amb. signatur	Mott.avd. signatur
--------------------	--------------------

Pat. transport till	Avdelning
---------------------	-----------

Mottagande enhet informerad Ja Nej Anhörig informerad Ja Nej Medföljer

OBS, detta är en journalhandling!