

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

Läkemedel under transport

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

Syrgas		I/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!**