

# CHECKLISTA AVSÄNDANDE LÄKARE

Används som stöd i samband med ifyllande av **TRANSPORTORDINATION AMBULANSUPPDRAG**.

1. Ordinerar skriftligt på blanketterna ”**TRANSPORTORDINATION AMBULANSUPPDRAG**”. Fyll endast i de delar som skall ifyllas av Dig som läkare.
2. Om det är en **kuvöstransport**, ett **barn < 18 år**, **extra personal behöver medfölja**, patienten har **smittsam sjukdom/är infektiöskänslig** eller att **annan anledning finns** så kommer **ingen samåkning med annan patient att ske!**
3. Samåkning kommer endast att vara aktuell i de fall då patienten behöver transporteras över Stockholms länsgräns till eller från annat län. Kontraindikationer enligt punkt 2. ska då inte förekomma!
4. **Behöver** närstående/vårdare medfölja under transporten?
5. Är patienten medicinskt optimerad inför transporten? Klarar patienten av en överflyttning? Tänk transportsträcka och tid!
6. Finns behandlingsinskränkningar? 0-HLR? Ingen IVA-vård?
7. Krävs speciell kompetens eller utrustning under transporten? Behöver extra personal medfölja? Räcker syrgas gentemot behovet? Finns det ett behov av att ge dropp under transporten? Behövs andra läkemedel ges än vad som normalt finns i en ambulans? (Förteckning över läkemedel i ambulansen i Stockholms län:  
<http://www.webbhotell.sll.se/Global/prehospitala/dokument/Medicinska%20riktlinjer/Preparathandboken/1L%20a4kemedelslista.pdf>)
8. Observera att läkemedel som ev. skall ges under transport **jordningsställs och medskickas innan avtransport sker!**
9. **Därefter kontaktas SOS Stockholm av Dig eller Din personal för beställning av ambulans! Tel. nr: 08-454 21 00.**
10. Delta gärna i rapportering till medföljande personal!
11. Patienten **måste** vara **överrapporterad till läkare på mottagande avdelning/sjukhus!**