



Rapport inför överföring av barn mellan avdelningar - neo

S

Datum: _____

Barnets namn & personnummer: _____

Diagnos: _____ Överkänslighet: _____

Från sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Till sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Transport med: Ambulans Helikopter Annat: _____ Tid: _____

Datum/tid för överrapportering via Telemedicin tillsammans med föräldrarna: _____

Datum/tid för telefonkontakt med föräldrarna (om de ej kan delta enligt ovan): _____

Föräldrarna: Namn/telefon: _____

Tagit del av information om mottagande avdelning: _____

Transport: _____

Boende på mottagande avdelning: _____

B

Gestationsvecka: _____ Födelsevikt: _____ Apgar: _____

Vårdförlopp: _____

A

Aktuell gestationsvecka: _____ Aktuell vikt: _____

Andning/cirkulation

Optiflow flöde: _____ CPAP tryck: _____ Respirator tryck: _____ Annat: _____

Syrgasbehov: _____

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

Aktuella värden: _____

Apnéförekomst: _____

Kuvös Öppenvårdskuvös Värmesäng Temp: _____ Fukt: _____

Nutrition

Per os

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

Infusion

Sort: _____ Hastighet: _____ Infart: _____

Beställt PPN/leverans till avdelningen: _____ Skickar med PPN Skickar med bröstmjölk

Elimination

Buk: _____ Avföring: _____

Stomi: _____

Urinmängd/urinmätning: _____



Smärta

Smärta/irritabilitet: _____ Smärtskattning: _____

Smärtbehandling: _____

Hud

Sår/plitor/färg/fototerapi: _____

Neurologiskt

Tonus/kramper: _____

Psykosocialt

Familjens situation/välmående: _____

Föräldramedverkan: _____

Samtalsbehov: _____ Brevet: Skrivet Skickat Lämnas över vid transporten

Behov av tolk: _____ Språk: _____

Lab svar/undersökningar

OAE: _____ PKU: _____ POX: _____ ROP: _____

MRB hos patient: _____ MRB på enheten: _____

Kem.lab/Bakt.lab: _____

Ultraljud/Röntgen: _____

Operation: _____

Speciell omvårdnad

Infart: _____

Skötsel av sår/stomi/infart: _____

Suturer: _____ Borttagning: _____

Material: _____

_____ Skickas med

Aktuella läkemedel

Läkemedel	Styrka	Dos	Finns på avd	Skickas med	Beställt	Kommentar

R

Planerade åtgärder/prover/uppföljning: _____
