



## Rapport inför överföring av barn mellan enheter

**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: \_\_\_\_\_

Informerade/förberedda  Transport: \_\_\_\_\_

Boende på mottagande avdelning: \_\_\_\_\_

**B**

Vårdförlopp: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A**

### Andning/cirkulation

Andningsstöd: \_\_\_\_\_

Syrgasbehov: \_\_\_\_\_

Övervak:  EKG  SaO2  Resp x \_\_\_\_\_  Tc-mätning x  Bltr x  Temp x

Aktuella värden: \_\_\_\_\_

### Nutrition

Vikt: \_\_\_\_\_ Specialkost: \_\_\_\_\_

#### **Per os**

Metod: \_\_\_\_\_ Sort: \_\_\_\_\_ Mängd: \_\_\_\_\_ Berikning: \_\_\_\_\_

#### **Infusion**

Sort: \_\_\_\_\_ Hastighet: \_\_\_\_\_ Infart: \_\_\_\_\_

Skickar med TPN  Beställt TPN/leverans till avdelningen: \_\_\_\_\_

### Elimination

Buk: \_\_\_\_\_

Avföring: \_\_\_\_\_

Stomi: \_\_\_\_\_

Urinmängd/urinmätning: \_\_\_\_\_

**Smärta**

Smärtskattning: \_\_\_\_\_

Smärtbehandling: \_\_\_\_\_

**Hud**

Sår/plitor/färg: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Neurologiskt**

Tonus/kramper: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Psykosocialt**

Familijs situation/välmående: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Föräldramedverkan: \_\_\_\_\_

Samtalsbehov: \_\_\_\_\_

Behov av tolk: \_\_\_\_\_ Språk: \_\_\_\_\_

**Lab svar/undersökningar**

MRB hos patient: \_\_\_\_\_ MRB på enheten: \_\_\_\_\_

Kem.lab/Bakt.lab: \_\_\_\_\_

Ultraljud/Röntgen: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_

**Speciell omvårdnad**

Skötsel av sår/stomi/infart/drän: \_\_\_\_\_

Suturer: \_\_\_\_\_ Borttagning: \_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Skickas med**Aktuella läkemedel**

Läkemedel	Styrka	Dos	Finns på avd.	Skickas med	Beställt	Kommentar

**R**

Planerade åtgärder/prover/uppföljning: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_