

TRANSPORTREMISS INTENSIVVÅRDSTRANSPORT CENTRUM (ITC)

Namn: _____ Pers. nr: _____

Remitterande sjukhus, avd, tel: _____

Mottagande sjukhus, avd, tel: _____

Pass kontrollerat: Ja Nej Passnummer: _____

Nationalitet: _____

Ansvarig avsändande läkare: _____ Kostnadsställe Karolinska: _____

Ansvarig mottagande läkare: _____ Önskat transportdatum: _____

Överrapporterad till transportansvarig läkare Ja Nej MEDSÄND AKTUELLA JOURNALHANDLINGAR

Patient/anhöriga informerad om flygtransport: Ja Nej

Medföljande anhörig: Ja Nej

Situation	Diagnos:		
Bakgrund	Tidigare sjukdomar:		
	CAVE/Allergier/Smitta:		
Aktuellt tillstånd	JA	NEJ	
SpO ₂ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja ange orsak: _____
Andningsfrekvens:			
Puls:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antal liter:
BT:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senaste lungröntgen datum:
Hjärtrytm:			
Hb:			
Vikt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitorering: BT <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> SpO ₂ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja ange typ av arrytmi: _____
			Ange orsak till cirkulatorisk instabilitet
GCS:	JA	NEJ	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologisk påverkan
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärtproblematik
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykisk/motorisk oro
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirkulärgips/Gipsskena

Infarter PVK <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Artärnål: <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> IV infart är obligatoriskt inför transport	Läge	E Elimination	JA	NEJ	Kommentar
		KAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observera att patienten ska kissa innan transport om KAD inte finns
		Drän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Thoraxdrän Illamående	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rekommendation Fortsatt beh under transport: HLR om behov Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Läkemedel under transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja ange nedan vilka läkemedel	
	Läkemedel och styrka	Dosering admin sätt			

Remissansvarig läkare: _____