TRANSPORTREMISS AMBULANSFLYG

Scandinavian AirAmbulance

Namn: _____ **Personnr:** _____

Remitterande sjukhus, avd, tel: _____

Mottagande sjukhus, avd, tel: _____ Transportdatum:_____

Ansvarig avsändande läkare: _____ **MEDSÄND AKTUELLA**

Överrapporterad till BSAA-sjuksköterska: JA ☐ NEJ ☐ **JOURNALHANDLINGAR**

Patienten informerad om flygtransport: JA ☐ NEJ ☐

Medföljande anhörig: JA ☐ NEJ ☐ _____ **Vid frågor ring: 020-211 112 / 0910-70 20 55**

Observera att avsändande läkare är ansvarig för transporten till dess att annan läkare övertar ansvaret.
Är patienten opererad för näthinneavlossning senaste 8 veckorna ska marktransport övervägas.

Situation

- Diagnos:_____

Bakgrund

- Tidigare sjukdomar:_____
- **CAVE**/Allergier/blodsmitta/**SMITTA**:_____

Aktuellt tillstånd

Bedömning av status

SpO_2:_____%

Andningsfrekvens:_____

Puls:_____ BT:_____

Hjärtrytm: _____

Hb: _____

VIKT: _____kg

Invasiv infart:

- ☐ PVK
- ☐ CVK
- ☐ ANNAT: _____

Invasiv infart är obligatorisk men undantag kan ske efter överens-kommelse med BSAA-SSK.

	JA	NEJ	Ordination/kommentar
A Luftväg			
Intubationsberedskap			
B Andning			
Syrgas			OM JA, Antal liter:
Pneumothorax			Datum lungrönten:
C Cirkulation			
Stabil			Monitorering: BT ☐ EKG ☐ SpO_2 ☐
D Medvet/neurologi			
Neurologisk påverkan			RLS: GCS:
Smärtproblematik			
Psykisk/motorisk oro			
Cirkulärgips/Gipsskena			
E Elimination			
KAD			
Kissat innan transport			
Dränage			
Illamående			

Rekommendationer

Fortsatt behandling under transport

HLR om behov

JA ☐ **NEJ** ☐

Läkemedel vid behov under transport: JA ☐ NEJ ☐ OM JA, ange läkemedel nedan

Läkemedel	Styrka och dosering
Sprutpump: JA ☐ NEJ ☐	

Ett handbagage/patient, max 8 kg, märks med patientens namn. Rullstol mm efter överenskommelse.
Flygsäkerhet: Har tagit del av BSAA :s riktlinjer för handbagage Ja ☐ Nej ☐

Remissen ifylld av: _____