# Transportmeddelande vid transport mellan vårdenheter

*Denna handling eller motsvarande skall alltid medfölja vid förbeställd transport av patient mellan vårdenheter*

*(gäller till, från eller mellan såväl landstingets vårdenheter så som kommunala eller privat drivna enheter)*

|  |
| --- |
| välj datum i kalendern |

## Datum

|  |  |
| --- | --- |
| Beställande vårdenhet | Kontaktuppgifter på beställande vårdenhet |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Patientens namn | Patientens personnummer |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Transporten ska gå från | Transporten ska gå till |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Patientens tillstånd/diagnos |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Har patienten kognitiv svikt/förvirring | Nej |  | Ja |  | |  |
| Behöver patienten ledsagning/ stöd p.g.a fysisk svaghet | Nej |  | Ja |  | |  |
| Har patienten smittsam sjukdom | Nej |  | Ja |  | Om Ja vilken: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| Ordinerade läkemedel (inkl ev. syrgas) som kan bli aktuella under transporten | | |  | | |  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | | |  | | |  |

## Övrig information viktig för transporten

*(t.ex. medicinsk övervakning, medicinsk utrustning, hjälpmedel, behandlingsbegränsning\*, medföljande handlingar)*

|  |  |
| --- | --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| Signatur av behörig inom vårdenheten |  | |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | | |

\***Behandlingsbegränsning HLR/A-HLR**

Minst **ett** av följande krav skall vara uppfyllt för giltig ordination om behandlingsbegränsning avseende HLR / A-HLR:

1. Behandlingsbegränsning framförs muntligen av legitimerad sjukvårdspersonal (sjuksköterska/läkare) på avsändande vårdinrättning. Namn och befattning på uppgiftslämnare skall journalföras i FRAPP

2. Behandlingsbegränsning som är ordinerad i medföljande dokumentation skall innehålla: patientuppgifter, ordinerande läkares namn, undertecknad av legitimerad personal. Patientens identitet skall vara styrkt och uppgifterna skall dokumenteras i FRAPP (uppgiftslämnarens namn och tjänsteställning/ ordinerande läkares namn).

**Om ambulanspersonal varken i direkt kontakt med legitimerad personal eller genom dokumentation kunnat förvissa sig om att behandlingsbegränsning är ordinerad, skall transporten genomföras utan hänsyn till behandlingsbegränsningar.**