

Transportremiss

Avsändande läkare _____ Transportdatum _____
Patientens namn _____ Personnr: _____
Närmast anhörig _____ Tel nr: _____
Remitterande sjukhus _____ Avd _____ Tel nr: _____
Mottagande sjukhus _____ Avd _____ Tel nr: _____
Ansvarig läkare _____ Fax nr _____ Sökare _____
Anmäld huvuddiagnos _____

Aktuellt

Status

GCS _____ Puls _____ BT _____ AF _____ Saturation ____ (med O₂) L/ min _____

Pneumothorax; Ja Nej

Tidigare sjukdomar

Pågående infusion

Pågående övrig medicin

Ordination och direktiv inför transport

Medsänd; Journalkopior, Rtg bilder _____