

Datum: .....

<b>Information till ambulanspersonal i samband med transport till nästa vårdgivare</b> (mer information kommer att finnas i Lifecare) <b>Distriktsläkare kontaktad</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <b>Utfall enligt beslutsstöd</b> Primärvård <input type="checkbox"/> Akutmottagning <input type="checkbox"/>		<b>Kontrollerade vitalparametrar enligt beslutsstöd:</b> Har fria luftvägar <input type="checkbox"/> Andningsfrekvens(/min)..... Saturation (%)..... Hjärtfrekvens slag/min..... Systoliskt Bltr (mmHg)..... Medvetandegrad RLS (1-8)..... Blodsocker (P-gl)..... Temp °C)..... Urin senast kl..... Avföring senast..... Diarré (ggr/dygn)..... Smärtskattning - VAS (1-10)..... <b>Tid för kontroller:</b> Abbey Pain Scale (0-18)..... -----																									
<b>Patientens Personnummer</b>	<b>Patientens namn</b>																										
<b>Vad har hänt?</b>		Överkänslighet: Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nej</td> </tr> <tr> <td>Kognitiv nedsättning</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Syn/hörsel hjälpmedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har dosläkemedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har id-handling</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tandprotes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anhörig kontaktad</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Namn:.....</td> </tr> </table>			Ja	Nej	Kognitiv nedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syn/hörsel hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har dosläkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har id-handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anhörig kontaktad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Namn:.....		
	Ja	Nej																									
Kognitiv nedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Syn/hörsel hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Har dosläkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Har id-handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Tandprotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Anhörig kontaktad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Namn:.....																											
<b>Bedömt tillstånd med aktuella exklusionssymtom utifrån beslutsstödet:</b> <b>Vilka åtgärder har gjorts? Givna läkemedel i samband med situationen?</b>		<b>Datum och tid för bedömning:</b> <b>Blankett ifylld av:</b> Omsorgspersonal <input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/>																									
Tidigare sjukdomar (Finns ställningstagande till palliativ vård skrivs det här)		<b>Namn:</b>	<b>Telefonnummer:</b>																								
		Sjuksköterska kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																									
O-HLR <input type="checkbox"/> Annan behandlingsbegränsning?		<b>Sjuksköterska namn:</b>	<b>Telefonnummer:</b>																								

# Låt patientens behov styra din beställning av transport




## Inget behov av vård eller övervakning under transporten

Behov	Lämplig resurs/beställning	Bra att veta
Patienten kan åka sittande eller i sin rullstol 	 Kollektivtrafik <a href="http://www.hallandstrafiken.se">www.hallandstrafiken.se</a> <a href="http://www.oresundstag.se">www.oresundstag.se</a>	Ledsagning på järnvägsstation kan bokas på 0771- 33 10 30
Patienten kan åka sittande eller i sin rullstol 	 Sjukresa 0771-91 00 90	För patienter som inte kan åka kollektivt. Egenavgift kan tillkomma
Patienten kan åka sittande 	 Sittande sjukresa 0771-91 0090	Följer tidtabell inom och utom Halland. Är gratis men kräver intyg från vårdpersonal
Patienten måste åka liggande 	 Liggande sjukresa Beställs via webbeställning eller 035-10 41 65	Är enkelbemannad, informera om det är trappor på hämt- eller lämnplatsen vid beställning

Mer information om sjukresor:

<https://vardgivare.regionhalland.se/vardadministration/sjukresor/>

## Behov av vård eller övervakning under transporten

Behov	Lämplig resurs/beställning	Bra att veta
Patienten är stabil men har pågående ringerinfusion eller syrgasbehandling 	Liggande sjukresa Beställs via webbeställning eller 035-10 41 65	Bemannas av en undersköterska. Är utrustad med bår
Patienten är stabil men har behov av övervakning, inkl. telemetri, eller vård motsvarande vårdavdelning 	Lättvårdsambulans Beställs via webbeställning eller 035-10 41 65 <small>* News2-värdet ej överstiger 4 eller &gt;2 i enskild parameter. (OBS! Patienten/ledsagare måste kunna larma chaufför, dvs tala)</small>	Bemannas av en sjuksköterska. Kan samtransportera en sittande- och en liggande patient
Patienten är instabil eller har behov av upprepade kontroller av vitalparametrar eller kontinuerlig vård 	Ambulans Beställs via webbeställning eller 035-10 41 65	Bemannas av två personal där minst en är sjuksköterska

## Vid brådskande fall - Ring 112



I lättvårdsambulans och ambulans kan patienten ta med sig ett handbagage på ca 5 kg. Om patienten har mer bagage kan du boka hjälpmedelstransport enligt Region Hallands rutiner. Liggande sjukresa kan även ta med rullstol eller rullator