

Rapport inför överföring av barn mellan avdelningar - neo**S**

Datum: _____

Barnets namn & personnummer: _____

Diagnos: _____ Överkänslighet: _____

Från sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Till sjukhus/avdelning: _____ Telefon: _____

Transport med: Ambulans Helikopter Annat: _____ Tid: _____Datum/tid för digitalt möte tillsammans med föräldrarna: _____ Datum/tid för telefonkontakt med föräldrarna (om de ej kan delta enligt ovan): _____

Föräldrarna: Namn/telefon: _____

 Tagit del av information om mottagande avdelning: _____ Transport: _____ Boende på mottagande avdelning: _____**B**

Gestationsvecka: _____ Födelsevikt: _____ Apgar: _____

Vårdförlopp: _____

A

Aktuell gestationsvecka: _____ Aktuell vikt: _____

Andning/cirkulation Optiflow flöde: _____ CPAP tryck: _____ Respirator tryck: _____ Annat: _____

Syrgasbehov: _____

Övervak: EKG SaO2 Tc-mätning x _____ Bltr x _____ Temp x _____

Aktuella värden: _____

Apnéförekomst: _____

 Kuvös Öppenvårdskuvös Värmesäng Temp: _____ Fukt: _____**Nutrition****Per os**

Metod: _____ Sort: _____ Mängd: _____ Berikning: _____

Infusion

Sort: _____ Hastighet: _____ Infart: _____

 Beställt PPN/leverans till avdelningen: _____ Skickar med PPN Skickar med bröstmjölk**Elimination**

Buk: _____ Avföring: _____

Stomi: _____

Urinmängd/urinmätning: _____

Smärta

Smärta/irritabilitet: _____ Smärtskattning: _____

Smärtbehandling: _____

Hud

Sår/plitor/färg/fototerapi: _____

Neurologiskt

Tonus/kramper: _____

Psykosocialt

Familjens situation/välmående: _____

Föräldramedverkan: _____

Samtalsbehov: _____ Brevet: Skrivet Skickat Lämnas över vid transporten

Behov av tolk: _____ Språk: _____

Labsvar/undersökningar

OAE: _____ PKU: _____ POX: _____ ROP: _____

Känd smitta hos patient: _____ Känd smitta på enheten: _____

Kem.lab/Bakt.lab: _____

Prover/screeningar som är tagna, inväntar svar: _____

Ultraljud/Röntgen: _____

Operation: _____

Speciell omvårdnad

Infart: _____

Skötsel av sår/stomi/infart: _____

Suturer: _____ Borttagning: _____

Material: _____

Skickas med

Aktuella läkemedel

Läkemedel	Styrka	Dos	Finns på avd	Skickas med	Beställt	Kommentar

R

Planerade åtgärder/prover/uppföljning: _____