

# Transportteamet Neonatal Göteborg

## Rapportblad inför transport

Denna blankett ska fyllas i av patientansvarig läkare och sjuksköterska på det sjukhus som beställer transport. Skriv ut blanketten, fyll i den och lämna den till läkare eller sjuksköterska i transportteamet. Blanketten ska signeras.

### Information om barn och mamma

Barnets personnummer		Barnets namn	
Mammas personnummer		Mammas namn	
Mammas telefonnummer		Partners namn	
Partners telefonnummer			
Tolkbehov		Språk	

### Information om transporten

Transporten begärdes år-månad-dag: \_\_\_\_\_ klockan: \_\_\_\_\_

Transportindikation:

- Omedelbar  
 Akut inom 6 timmar  
 Planerad

Föräldrtransport ordnad?

- Ja  
 Nej

(För kännedom: Vägambulansen tar 2 föräldrar, flyget 1, helikopter 0)

	Sjukhus och avdelning	Ansvarig läkare	Telefonnummer
Remitterande			
Mottagande			
Ansvarig för transporten			

### Information om barnet

Födelsevikt (g)	
Aktuell vikt	
Gestationsålder födelse	
Gestationsålder aktuell	
Smittorisk – ja eller nej	
Om ja - vad	

Anamnes:

## Aktuellt om barnet

Vital parameter	
Puls	/min
Resp	/min
BT (MAP)	
Temp	°C
POX	%
CPAP cm H2O	
O2	%
HFG Flöde l/min	
O2	%

Respirator mode	
PIP	
PEEP	
Frekv	
VG	
Amplitud/Hz	
VG/DCO2	
O2	
Tubstorlek	
Cm näsvinge	
Cm mun	

Övrigt	
Hypotermi	Aktiv Passiv °C
Pleuradrän	Höger Vänster cm H2O
KAD ja/nej	
V-sond cm	

Infarter	Placering	Datum	Cm
Pvk			
Pvk			
CVK/pCVK			
NVK			
NAK			
Artärnål			

Pågående infusioner	Styrka	Enhet/timme	ml/timme
Läkemedel	Styrka	Ordination	Senast givet

Nutrition	Mängd	Senast givet
Sond		
Flaska/kopp		
Ammar		

Buk	Neurologi	Annat, tex röntgen visat, smärtskattning:

**Rekommendationer till avlämnande sjukhus:**

Meddela vad som behövs inför transporten. Nya labprover, röntgen? Blanda mediciner och infusioner inför transport. Ordna fram medicinsk dokumentation, epikris, läkemedelslista etc.

Signatur patientansvarig läkare \_\_\_\_\_

Vem ska vi kontakta för uppdateringar? \_\_\_\_\_

**Följande fylls i av patientansvarig läkare i Transportteamet vid ankomst till patienten.  
Observera att även avlämnande läkare ska signera.**

- Status gjort
- Ifyllt ovan

Rapport mottagen av:

- Läkare
- Sjuksköterska

Transportteamet övertar patientansvaret år-månad-dag: \_\_\_\_\_ klockan: \_\_\_\_\_

Signatur transportteam \_\_\_\_\_

Signatur avlämnande läkare \_\_\_\_\_

- ID-kontroll utförd
- Föräldrar informerade
- Infarter kontrollerade
- Tubläge kontrollerat
- CPAP läge
- Infusioner klara
  
- Kuvöinställningar klara
- Respirator/CPAP
- Befuktare
  
- Journalhandlingar medtagna
  
- Bröstmjök medtagen

Andra åtgärder utförda innan transport: \_\_\_\_\_

Blanketten är senast uppdaterad 20180629

Revisionsansvarig för detta dokument: Elisabet Hentz, överläkare, Christina Isaksson, specialistsjuksköterska

Granskare: Johan Robinson, överläkare, Neonatal, Norra Älvsborgs sjukhus  
Mirjana Janis-Nakic, specialistläkare, Neonatal Södra Älvsborgs sjukhus  
Frank Fuchs, specialistläkare Neonatal, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

<https://www.sahlgrenska.se/for-dig-som-ar/vardgivare/transportteamet-neonatal/>