Namn:

Personnummer:

Ordination sekundärtransport med ambulans från somatisk 24/7 akutmottagning

Destination *(mottagande enhet + kontaktväg)*:

Avsändande transportansvarig läkare *(namn, RS-id och direktnummer till ansvarig läkare som är nåbar tills patienten är framme på mottagande enhet)*

S *(SBAR av relevans för ambulans sjv)*

B

A

Vitalparametrar

R *(obligatorisk)*

Övervakning *(OBS! Beakta ambulanssjukvårdens begränsningar, ex. under vissa omständigheter endast palpatoriskt blodtryck.)*

Typ av övervakning	Gränsvärden + eventuella åtgärder

Behandling / läkemedelsordination *(anvisningar om patientens vård och behandling under transport, inkl. syrgas)*

Indikation	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, administreringssätt	Ev. observandum

Behandlingsbegränsningar

Läkarsignering av ordinationsunderlag *(inkl. RSid)*

Journalhandling, skall skannas in