

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: _____

Föräldrarna: Namn/telefon: _____

☐ Telefonkontakt/digitalt samtal med föräldrarna inför överflytten: _____

☐ Tagit del av information om mottagande avdelning: _____

☐ Transport: _____

☐ Boende på mottagande avdelning: _____

B

Gestationsvecka: _____ Födelsevikt: _____ Apgar: _____ Beyfortus givet: Ja / Nej

Vårdförlopp: _____

A

Aktuell gestationsvecka: _____ Aktuell vikt: _____

Andning/cirkulation

☐ Optiflow: _____ ☐ CPAP: _____ ☐ Respirator: _____ ☐ Annat: _____

Syrgas/saturationsgräns: _____

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

Aktuella värden: _____

Apnéförekomst: _____

Barnets vårdplats/vårdplatser: _____

Nutrition

Per os

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

Infusion: _____ Hastighet: _____ Infart: _____

☐ Beställt PN/leverans till avdelningen: _____ ☐ Skickar med PN ☐ Skickar med bröstmjolk

Elimination

Buk: _____ Avföring: _____

Stomi: _____

Urinmängd/urinmätning: _____

Smärta

Smärta/irritabilitet: _____ Smärtskattning: _____

Smärtbehandling: _____

Hud

Sår/plitor/färg/fototerapi: _____

Neurologiskt

Tonus/kramper: _____

Psykosocialt

Familijs situation/välmående: _____

Föräldrelaktighet: _____

Vårdplats: _____

Samtalsbehov: _____ Behov av tolk: _____ Språk: _____

Labsvar/undersökningar

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

Känd smitta hos patient/familj: Ja ☐ Nej ☐ Smitta: _____

Känd smitta på enheten: Ja ☐ Nej ☐ Smitta: _____

Kem.lab/Bakt.lab: _____

Prover/screeningar som är tagna, inväntar svar: _____

Ultraljud/Röntgen: _____

Operation: _____

Speciell omvårdnad

Infarter: _____

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: _____