Barnakuterna i Region Skåne — Akutjournal enligt retts-ped

Klinik	Rum

12-18 å | 6-11 å | 3-5 å | 2 å | 1 å | 6-12 m | 3-5 m | 0-2 m

Kontaktorsak	Datum	Ankomst kl.	Medgivande JA ☐ NEJ ☐	Ambnummer	Larmtid	MA RSid	SL RSid	Akut SSK RSid

Medföljes av: ID-kontroll ☐

Patient ID

Anamnes:

S

☐ Kronisk sjukdom: _____

SSK bedömning:

☐ Vacc enl prog
☐ Remiss
☐ Fasta från_____
☐ Blodsmitta

B

Triage klockan:

SSK/sign/RSid			A
SpO_2 på luft	AF		B
Puls	Puls korr	BT /	Kap Å C
RLS/GCS	Pupiller Vä / Hö	VAS	D
Temp	Distalstatus		E
Tid vikt	Aktuell vikt	Viktförlust	
Längd	ESS kort		

Sökt vård >2 ggr senaste 2 v ☐ ja ☐ nej

Överkänslighet _____

MRSA-/ESBL-/VRE-risk? ☐ ja ☐ nej

Röd	Orange	Gul	Grön
☐ Ofri luftväg ☐ SpO_2 ☐ AF ☐ Puls ☐ RLS ≥4 GCS ≤9 ☐ Krampanfall	☐ SpO_2 ☐ AF ☐ Puls ☐ RLS 2-3 GCS 10-12 ☐ Temp	☐ SpO_2 ☐ AF ☐ Puls ☐ Hängig/Trött GCS 13-14 ☐ Temp	☐ SpO_2 ☐ AF ☐ Puls ☐ Alert RLS 1 GSC 15 ☐ Temp
☐ Röd ESS	☐ Orange ESS	☐ Gul ESS	☐ Grön ESS
☐ Röd prio	☐ Orange prio	☐ Gul prio	☐ Grön prio

A

Kontroller

Kl	SpO_2	AF	Puls	Puls korr	BT /	Kap Å	RLS	Pupiller Vä / Hö	VAS	Temp	Distalstatus	Prio	Sign

Åtgärder

ÅTGÄRDER	Tid	Sign	RESULTAT	Tid	Sign

R

Läkemedel

LÄKEMEDEL (Beredning, namn, styrka)	Melior	Mängd/volym	Läk	Tid	SSK	RESULTAT

Lab

	Labsvar	Sign
☐ Syra/Bas		
☐ CRP		
☐ Strep A		
☐ U-stix		
☐ P-glc		
☐		
☐		

Odlingar/Virologi

	Sign
☐ Svalg	
☐ NPH	
☐ Urin	
☐ Virologi	
☐ Avföring	
☐ Blod	
☐	

Us

	Aktiverad	Us-tid
☐		
☐		

ID-band

ID-band ☐	Sign

Infart

Typ/storlek	Placering	Sign

S

B

Anamnes

Läkare:

Patient ID

A

Status

AT

Hud	Hjärta	LS
MOS	Lungor	Dehydreringsgrad:
Öron	Buk	
Ytliga lymfkörtlar	Neuro	

R

Läkarbedömning och ordinationer

Orsak/diagnos | **Ansv Läk** | ☐ **ID-märkt** | **SSK sign**

Bedömning:

Åtgärder på avd:

Kontroller: ☐ SpO_2 ☐ AF ☐ Puls ☐ Bltr ☐ Medv ☐ Pupiller ☐ ..... Kontroller x .....

Avdelning ☐ Rapporterad till läkare ☐ Rapporterad till sjuksköterska ☐

☐ Ny läkarbedömning kl ..... | Syrgas om SpO_2 < .....

Röntgen och undersökningar från avd:

Per os	Op-anmäld	Skärpt hygien	Monitorering
☐ Fasta ☐ Fritt flytande ☐ Specialkost	☐ Ja ☐ Nej	Orsak:.....	☐ Vätskelista ☐ Timdiures

Allergier/Observanda:

Hem på egen begäran Tid:..... Kommentar:..... Sign:.....