

Beställningsunderlag för val av ambulans
eller annan transportresurs från
sjukvårdsinrättning

Version 4.0 2013-08-31

Underlaget ifylles av läkare och används som stöd vid beställning
hos SOS Alarm AB / Skånetrafiken och som stöd vid rapporter.

Patientens namn _____ Personnummer _____

Preliminär destination _____

Status _____ Datum _____ Tid _____

A - Luftvägar	<input type="checkbox"/> fria	<input type="checkbox"/> ofria utan hjälpmedel
B - Andning	<input type="checkbox"/> opåverkad	<input type="checkbox"/> påverkad <input type="checkbox"/> pat kräver ventilationshjälp
	Om påverkad: <input type="checkbox"/> snabb	<input type="checkbox"/> långsam <input type="checkbox"/> rosslig <input type="checkbox"/> pipig <input type="checkbox"/> annat _____
	ev. saturation _____%	<input type="checkbox"/> syrgas kopplad
C - Cirkulation	<input type="checkbox"/> opåverkad	<input type="checkbox"/> påverkad <input type="checkbox"/> blek/kallsvettig
	Om påverkad: blodtryck _____	puls _____
	<input type="checkbox"/> misstänkt pågående hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> EKG taget <input type="checkbox"/> arytmiovervakning
	<input type="checkbox"/> intravenös infart etablerad	<input type="checkbox"/> personal hos patienten
	<input type="checkbox"/> ASA	<input type="checkbox"/> ASA kontraindikation <input type="checkbox"/> pågående infusion
D - Medvetande	<input type="checkbox"/> helt vaken	<input type="checkbox"/> svarar på tilltal <input type="checkbox"/> okontaktbar - reagerar på smärta
	<input type="checkbox"/> okontaktbar - reagerar ej på smärta	ev. P-glc _____
E - Helkroppsundersökning	<input type="checkbox"/> skador	<input type="checkbox"/> smärta <input type="checkbox"/> annan patologi
Positiva fynd	Lokalisation och typ: _____	

Diagnos/preliminär bedömning _____

Livshotande tillstånd ➔ **SOS ALARM 112**

Bedömt behov av:

Andn/Cirk/Hjärtövervakn Möjlighet till/pågående akut läkemedelsbehandling

Speciella omvårdnadsbehov som eventuellt kan motivera ambulanstransport

Speciella smärttillstånd (t.ex. cancer) Mycket tunga pat > 150 kg

Speciell utrustning (t.ex. sträck) Kraftig motorisk oro/förvirring

Vårdbehov eller speciella omvårdnadsbehov under transport

Ja Nej ➔ Beställningscentral sjukresor (liggande/sittande)

↓

SOS Alarm AB, ambulansbeställning 040-676 93 00

Övrig information _____

Ansvarig läkare _____ Tel _____

Beställning gjord av _____