



IDhandling sign

Ja Nej

Amb.nr	Larmtid	MA	SL
Datum	Akut ssk	Akutmott kl.	Medgivande Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>

Disciplin: _____

Aktuellt

Tid. väs. frisk Kardiovaskulär sjd. Cerebrovask sjd. Hjärtsvikt Immunosuppr. Blödningbenäg./AK-beh
 Njursjukdom Leversjukdom Lungsjukdom Malignitet op inom 3 mån Diabetes Ins Tabl

Överkänslighet **Blodsmitta** **MRB Misstanke** **GE misstanke** **Ökad fallrisk** **Omv.behov?** **Autonomi: brister i** Orienterad
 Ja Ingen känd Ja Ingen känd Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej Gå + stå Toa Dricka

Triage	A	<input type="checkbox"/> Patient ej i behov av triage		<input type="checkbox"/> Ofri luftväg	<input type="checkbox"/> Hotad luftväg	<input type="checkbox"/> Fri luftväg	
	B	SpO ₂ på luft	AF/min	<input type="checkbox"/> SpO ₂ < 90% <u>med</u> O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ < 88% <u>utan</u> O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 30 eller < 8	<input type="checkbox"/> SpO ₂ 90-92% <u>med</u> O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 88-90% <u>utan</u> O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 25	<input type="checkbox"/> SpO ₂ 93-100% <u>med</u> O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 91-94% <u>utan</u> O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 95-100% <u>utan</u> O ₂ <input type="checkbox"/> AF 8-25 (normal)	
	C	Puls	BT	<input type="checkbox"/> RR > 130 <input type="checkbox"/> ORR > 160 <input type="checkbox"/> SBT < 90 mmHg	<input type="checkbox"/> RR 120-130 <input type="checkbox"/> ORR 120-160 <input type="checkbox"/> Puls < 40	<input type="checkbox"/> Puls 110-120 <input type="checkbox"/> Puls 40-49 <input type="checkbox"/> Puls 50-110	
	D	<input type="checkbox"/> RLS <input type="checkbox"/> GCS	EKG AMB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pågående kramp <input type="checkbox"/> RLS ≥ 4 / GCS ≤ 9	<input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> RLS 2-3 / GCS 10-12	<input type="checkbox"/> Akut oklar <input type="checkbox"/> GCS 13-14	<input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> RLS 1 / GCS 15
	E	Temp	EKG AKM <input type="checkbox"/>	Läk/sign	<input type="checkbox"/> Temp > 41°, < 35°	<input type="checkbox"/> Temp > 38,5°	<input type="checkbox"/> Temp 35° - 38,5°
	ESS algoritm	ssk/sign	<input type="checkbox"/> Röd ESS	<input type="checkbox"/> Orange ESS	<input type="checkbox"/> Gul ESS	<input type="checkbox"/> Grön ESS	
	mott.ssk/sign	<input type="checkbox"/> Röd prio Röda prover	<input type="checkbox"/> Orange prio Orangea prover	<input type="checkbox"/> Gul prio Gula prover	<input type="checkbox"/> Grön prio		

Omprrio/reevaluering sign/klockslog Kommentar till omprrio

Vårdplan läk sek.triage

Läk sign

ID-band sedan tidigare Patient fått ID-band sign

Närstående tel. _____ Närstående kontaktad? sign.
 Ja kl. _____ Nej

Övr.åtg

Pvk strl	plac.	sign	Fasta kl:	Tolk behov <input type="checkbox"/> Ja	Tolk kl:
Pvk strl	plac.	sign	IO	plac.	sign
Språk:					

Prover

Höft prov..... Kap.CRP kl. _____ sign. _____ Kap.Hb kl. _____ sign. _____

..... Skickade.....

Urin sparad Odlingar Urin..... Blod NPH Svalg..... Sputum Skickade.....

U-gl _____ U-ph _____ U-leu _____ Blodgruppering Sign _____ Skickad Sign _____
U-ket _____ U-prot _____ U-hcg _____ Bastest _____ enh Sign _____ Skickad Sign _____
U-ery _____ U-nit _____ Makroskopisk hematuri

Övervakning	kl: sign							Läk.sign	kl.	sign
	AF CO ₂							KAD nr/ml		
	SpO ₂ O ₂							Bladderscan ml		
	BT S							V-sond nr		
	D							Spinal immobilisering		
	Puls							Halskrage		
	RLS									
	VAS									
	Temp									
	Glc									

Läkemedel	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign

Läkemedel	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt Läk.sign kl: sign	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt Läk.sign kl: sign
Åtgärd	Åtgärd på akuten	
Rtg	<input type="checkbox"/> Lungor <input type="checkbox"/> CT hjärna <input type="checkbox"/> CT thorax (LE) <input type="checkbox"/> CT buk <input type="checkbox"/> UL ben <input type="checkbox"/> UL buk <input type="checkbox"/> _____ remix/fax/sign <input type="checkbox"/> BÖS <input type="checkbox"/> Urografi <input type="checkbox"/> CT halsrygg <input type="checkbox"/> CT ansikte <input type="checkbox"/> CT aorta <input type="checkbox"/> Bäckén/höft <input type="checkbox"/> _____	
Omvårdnadsåtg/händelser	Rond/tillsyn sign	
	Kontakt med hemsjukvård/hemtjänst inför hemgång Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Hemtjänst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Anhörig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Nycklar finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Journalanteckning medskickad/faxad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Remiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Transportsätt _____ beställt kl. _____ Hämtas av anhörig _____	
	Tillvarataget ID-handling åter sign <input type="checkbox"/> Värdesaker/kläder tillvaratagna <input type="checkbox"/> Värdesaker lämnat till anhörig	
LÄKARORDINATIONER TILL AVDELNINGEN	Orsak/diagnos/ICD10 Ansv Läk	
	Avdelning - vårdnivå	
	PBD/ÅTG/VB	
	<input type="checkbox"/> Rapporterad till husjour/bakjour Ny bedömning kl. _____	
	Prover/odl avd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syrgas: % via specialmask: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eller liter/minut <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Grinna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Röntgen och undersökningar från avd:	
	Per os Op-anmäld Hygien och fallrisk <input type="checkbox"/> Fasta <input type="checkbox"/> Fritt flytande <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Skärpt hygien/GE <input type="checkbox"/> MRB isolering <input type="checkbox"/> Ökad fallrisk	
	Ordinerade basala kontroller Monitorering <input type="checkbox"/> Puls, Blodtryck, Saturation, AF _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Ischemiövervakning <input type="checkbox"/> Telemetri _____ <input type="checkbox"/> Vakenhet (RLS), Temp _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Vätskelista <input type="checkbox"/> Bladderscan _____ <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Timdiures _____	
	Enligt vårdprogram <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Avdelning _____ Bakavd. _____ Rapporterad till ssk: _____ Rapporterad av ssk / läk: _____	