

**Rapport inför överföring av barn mellan avdelningar - neo****S**

Datum: \_\_\_\_\_

Barnets namn &amp; personnummer: \_\_\_\_\_

Diagnos: \_\_\_\_\_ Överkänslighet: \_\_\_\_\_

Från sjukhus/avdelning: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Till sjukhus/avdelning: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Transport med:  Ambulans  Helikopter  Annat: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_

Föräldrarna: Namn/telefon: \_\_\_\_\_

 Telefonkontakt eller digitalt samtal med föräldrarna inför överflytten: \_\_\_\_\_ Tagit del av information om mottagande avdelning: \_\_\_\_\_ Transport: \_\_\_\_\_ Boende på mottagande avdelning: \_\_\_\_\_**B**

Gestationsvecka: \_\_\_\_\_ Födelsevikt: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_

Vårdförlopp: \_\_\_\_\_

**A**

Aktuell gestationsvecka: \_\_\_\_\_ Aktuell vikt: \_\_\_\_\_

**Andning/cirkulation** Optiflow flöde: \_\_\_\_\_  CPAP tryck: \_\_\_\_\_  Respirator tryck: \_\_\_\_\_  Annat: \_\_\_\_\_

Syrgasbehov: \_\_\_\_\_

Övervak:  EKG  SaO2  Tc-mätning x \_\_\_\_\_  Bltr x \_\_\_\_\_  Temp x \_\_\_\_\_

Aktuella värden: \_\_\_\_\_

Apnéförekomst: \_\_\_\_\_

 Kuvös  Öppenvårdskuvös  Värmesäng Temp: \_\_\_\_\_ Fukt: \_\_\_\_\_**Nutrition****Per os**

Metod: \_\_\_\_\_ Sort: \_\_\_\_\_ Mängd: \_\_\_\_\_ Berikning: \_\_\_\_\_

**Infusion**

Sort: \_\_\_\_\_ Hastighet: \_\_\_\_\_ Infart: \_\_\_\_\_

 Beställt PPN/leverans till avdelningen: \_\_\_\_\_  Skickar med PPN  Skickar med bröstmjölk**Elimination**

Buk: \_\_\_\_\_ Avföring: \_\_\_\_\_

Stomi: \_\_\_\_\_

Urinmängd/urinmätning: \_\_\_\_\_

### **Smärta**

Smärta/irritabilitet: \_\_\_\_\_ Smärtskattning: \_\_\_\_\_

Smärtbehandling: \_\_\_\_\_

### **Hud**

Sår/plitor/färg/fototerapi: \_\_\_\_\_

### **Neurologiskt**

Tonus/kramper: \_\_\_\_\_

### **Psykosocialt**

Familjens situation/välmående: \_\_\_\_\_

Föräldramedverkan: \_\_\_\_\_

Samtalsbehov: \_\_\_\_\_

Behov av tolk: \_\_\_\_\_ Språk: \_\_\_\_\_

### **Labsvar/undersökningar**

OAE: \_\_\_\_\_ PKU: \_\_\_\_\_ POX: \_\_\_\_\_ ROP: \_\_\_\_\_

Känd smitta hos patient: 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**

Infart: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_