

## Informationsöverföring till ambulanspersonal

Patientens namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Boende/verksamhet \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Aktuellt

Händelse och orsak till transport till sjukhus:

---

---

---

---

---

---

---

---

Är läkare kontaktad? Ja (  ) Namn \_\_\_\_\_ Nej (  )

Eventuella vidtagna åtgärder:

---

---

---

---

### Bakgrundsinformation (ifylles endast av sjuksköterska)

- Diabetes (  ) Nej (  ) Ja  
Insulinbehandlad (  ) Nej (  ) Ja
- Epilepsi (  ) Nej (  ) Ja
- Antikoagulantia (  ) Nej (  ) Ja  
preparat \_\_\_\_\_
- Kognitiv nedsättning (  ) Nej (  ) Ja
- Nedsatt hörsel (  ) Nej (  ) Ja

- Vårdplan finns i Cosmic  
(  ) Nej (  ) Ja
- Överkänslighet \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Övrigt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vitalparametrar**

Bltr \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Puls \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Temp \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Saturation \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Andningsfrekvens \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

Öppnar ögonen och kan svara på tilltal  
( ) Nej ( ) Ja

Tjänstgörande sjuksköterska är kontaktad ( ) Ja, namn \_\_\_\_\_ ( ) Nej

Tjänstgörande sjuksköterska finns på plats: ( ) Ja, namn \_\_\_\_\_ ( ) Nej

Telefon till tjänstgörande sjuksköterska: \_\_\_\_\_

**Blanketten ifylld av:** ( ) Sjuksköterska ( ) Omsorgspersonal

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

Namn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Bifogas**

Aktuell läkemedelslista bifogas ( ) Nej ( ) Ja

Annat \_\_\_\_\_

Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att skicka inmeddelande till akutmottagningen via Cosmic Link. Inmeddelandet ska innehålla information om aktuell händelse, orsak till transport till sjukhus samt kontaktuppgifter till berörda professioner i verksamheten. Fortsatt informationsöverföring/kommunikation sker via Cosmic Link.

*Information till ambulanspersonalen: Ifylld blankett är arbetsmaterial och ska förstöras efter transporten.*