

<p>Meddelandeblad till ambulanspersonal i samband med transport till nästa vårdgivare (mer information i Meddix) Patientens namn och personnummer: </p> <p>Sjuksköterska kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Sjuksköterskans namn:</p> <p>Distriktsläkare kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Distriktsläkarens namn:</p>	<p>Aktuellt tillstånd</p> <p>Har fria luftvägar <input type="checkbox"/> Andningsfrekvens/min</p> <p>Saturation% Hjärtfrekvenss/min</p> <p>Bltr.....mm/Hg Blodsocker P-gl.....</p> <p>Temp.....°C Urin senast</p> <p>Avföring senast..... Diarré.....ggr/dygn</p> <p>Smärtskattning VAS..... Abbey Pain scale.....</p> <p>Övrigt:</p> <p>.....</p>
<p>Situation, anledning till kontakt (vad har hänt?)</p>	<p>Rekommendation, åtgärd, tidsram</p>
<p>Bakgrund, kortfattad relevant sjukhistoria (finns ställningstagande till palliativ vård anges detta här)</p>	<p>Blanketten ifylld av:</p> <p>Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Omvårdnadspersonal <input type="checkbox"/></p> <p>Namn:</p> <p>Telefon:</p> <p>Datum:</p>
<p>Ja Nej Ja Nej</p> <p>Kognitiv nedsättning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Identitetsmärkt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ApoDos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ordinationshandling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tandprotes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anhörig kontaktad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Allergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vad?.....</p>	