

# Mätning av akuta oplanerade transporter till sjukhusens akutmottagningar

Mätning av personer med kommunal hälso- och sjukvård som oplanerat besöker sjukhusets akutmottagning.

Den här blanketten används för att dokumentera grundinformation tills du vet om patienten blivit inskriven i slutenvård, tänk på att besvara samtliga frågor. När all information finns insamlad rapporterar du antingen direkt i formuläret på [www.vardsamverkan.se/akutoplaneradtransportskaraborg](http://www.vardsamverkan.se/akutoplaneradtransportskaraborg) eller skickar blanketten till MAS, beroende på lokal instruktion.

Behövs mer utrymme för fritext används med fördel papprets baksida.

<b>Kommun:</b>		<b>Enhetens namn:</b> <small>Ex: Blomhemmet avdelning Gullvivan, Hemsjukvården Östra Centrum</small>		<b>Bocka i rutan när uppgifterna skickats i webbformuläret</b> <input type="checkbox"/>																									
<b>Datum för transporten:</b>		<b>Vårdcentral:</b>		<b>Huvudsaklig orsak till transport:</b> <small>Endast ett val!</small>																									
<b>Ungefärlig tid för transporten:</b> <b>Timmar:</b>		<b>Boendeform/motsvarande:</b>		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Psykiska funktioner</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sinnesfunktion/Smärta</td></tr> <tr><td>3</td><td>Hjärta/Kärl/Immunsystem/Andning</td></tr> <tr><td>4</td><td>Matsmältning/Ämnesoms/Endokrin</td></tr> <tr><td>5</td><td>Köns-/urinorgan/Reproduktiva</td></tr> <tr><td>6</td><td>Neuro/Muskler/Leder/Skelett</td></tr> <tr><td>7</td><td>Hud/Vävnad</td></tr> <tr><td>8</td><td>Sårvård</td></tr> <tr><td>9</td><td>Fallskada annat än fraktur</td></tr> <tr><td>10</td><td>Frakturmisstanke</td></tr> <tr><td>11</td><td>Försämrat allmäntillstånd</td></tr> </table>		1	Psykiska funktioner	2	Sinnesfunktion/Smärta	3	Hjärta/Kärl/Immunsystem/Andning	4	Matsmältning/Ämnesoms/Endokrin	5	Köns-/urinorgan/Reproduktiva	6	Neuro/Muskler/Leder/Skelett	7	Hud/Vävnad	8	Sårvård	9	Fallskada annat än fraktur	10	Frakturmisstanke	11	Försämrat allmäntillstånd		
1	Psykiska funktioner																												
2	Sinnesfunktion/Smärta																												
3	Hjärta/Kärl/Immunsystem/Andning																												
4	Matsmältning/Ämnesoms/Endokrin																												
5	Köns-/urinorgan/Reproduktiva																												
6	Neuro/Muskler/Leder/Skelett																												
7	Hud/Vävnad																												
8	Sårvård																												
9	Fallskada annat än fraktur																												
10	Frakturmisstanke																												
11	Försämrat allmäntillstånd																												
<table border="1"> <tr><td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td></tr> <tr><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	<input type="checkbox"/> Ordinärt boende Äldreomsorg <input type="checkbox"/> Ordinärt boende Personlig assistans <input type="checkbox"/> Ordinärt boende LSS <input type="checkbox"/> Ordinärt boende Socialpsykiatri <input type="checkbox"/> Särskilt Boende LSS/Psykiatri <input type="checkbox"/> Särskilt Boende Äldreomsorg <input type="checkbox"/> Korttid/Växelvård			
00	01	02	03	04	05	06	07																						
08	09	10	11	12	13	14	15																						
16	17	18	19	20	21	22	23																						
<b>Minuter:</b>																													
<input type="text" value="00"/> <input type="text" value="15"/> <input type="text" value="30"/> <input type="text" value="45"/>																													
<b>Användes BViS?</b> Om nej, varför inte?				<b>Vem tog beslut om transport till akutmottagning?</b> <small>Endast ett val!</small>																									
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> ***Läkare (fysiskt besök/telefonkontakt) <input type="checkbox"/> Patienten själv <input type="checkbox"/> Patientens närstående <input type="checkbox"/> *Sjuksköterska <input type="checkbox"/> **Annan personal <input type="checkbox"/> Annat? Skriv:																									
<b>Fanns det en Medicinsk Vårdplan?</b>		<b>Var Medicinsk Vårdplan vägledande i den akuta situationen?</b>																											
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kommentar:																											
<b>*Varför tog inte läkare beslutet?</b>		<b>**Beskriv varför sjuksköterskan inte beslutade om transport?</b>																											
<input type="checkbox"/> Fick ej kontakt med läkare trots försök. <input type="checkbox"/> Annat? Beskriv:																													
<b>***Vet du om läkaren skrev remiss?</b>			<b>Blev patienten inskriven i slutenvården?</b>																										
<input type="checkbox"/> Ja → Akuten <input type="checkbox"/> Ja → Röntgen <input type="checkbox"/> Nej, ingen remiss <input type="checkbox"/> Vet ej			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																										

**Nedanstående är lokala uppgifter som INTE ska rapporteras i webbformuläret:**

Patientens personnummer:

Signatur sjuksköterska: