

Vårdbegäran – Dagsjukvård på barnavdelning 27

Patientetikett:

Telefonnummer vårdnadshavare:

☐ Patient är inneliggande på DSBS

Avdelning: _____

☐ Medföljande personal

Ansvarig klinik:	
Dokumentation/vårdtillfälle:	

Undersökning/OP:	
Datum:	

Bakgrund/aktuellt:	
--------------------	--

Ansvarig läkare SU:		Ansvarig läkare DSBS:	
Telefon:		Telefon:	

Postoperativ läkarkontakt:	☐ Utskrivning <u>utan</u> läkarkontakt	☐ Utskrivning efter telefonkontakt	☐ Utskrivning efter läkarbedömning
-------------------------------	--	--	--

Pre- och postoperativa förberedelser:	Fasta: ☐ Ingen fasta ☐ Enligt rutin ☐ Avsteg från rutin: _____	Tolkbehov: ☐ Nej ☐ Ja, språk: _____ ☐ Bokad kl: _____		
	Preoperativ tvätt: ☐ Hygiendus ☐ Descutandusch, antal: _____		Restriktioner:	
	Infart: ☐ Har PVK ☐ Sätta PVK på avd 27 ☐ CVK ☐ Har portnål i port a cath ☐ Sätta portnål på avd 27			Övrigt:

Faxas till avdelning 27, faxnummer 031-823285