

Vårdbegäran – Slutenvård på barnavdelning 27

Patientetikett:

Telefonnummer vårdnadshavare:

Ansvarig klinik:	
Dokumentation/vårdtillfälle:	

Undersökning/OP:	
Datum:	
Antal vårddygn:	

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

Ansvarig läkare SU:		Jourtid kontaktas:	
Telefon:		Telefon:	

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

Faxas till avdelning 27, faxnummer 031-823285