

Sjekklister – kuvøsetransport

LEGEBIL	FØR AVREISE BASE (nødvendig utstyr fra legebil)	UTFØRT
	Medikamentenhet	
	Hamilton T1	
	Corpuls	
	Blodboks + Lyoplas	
	Barnesekk	

INTENSIVBIL	FØR AVREISE BASE (kontroll intensivbil)	UTFØRT
	Kontroll av trykk på oksygenkolber	
	Nyfødt sekk	
	Neonatal/barn langesett til Hamilton T1 + HME-filter	
	CPAP slangesett + fukter til Hamilton T1	
	Temperaturkabel til Neopod	

KUVØSE	FØR AVREISE BASE (kontroll kuvøse)	UTFØRT
	MTU montert på kuvøse (Philips X2, Hamilton T1, sprøytepumper, Neopod)	
	Kontroller temperatur på kuvøse (standard 32-34° C)	
	2 tøybleier + sikringsnett	
	Vakumpumpe til embracemadrass	
	Sug med engangsslange og filter	
	BMV med PEEP-ventil + maske i kuvøse	
	Oksygenkolbe full	

HENTESTED

Lege hilser på pårørende + rapport / PM starter oppkobling av kuvøse (husk O2 og strøm i vegg)

A	<input type="checkbox"/> Hvis intubert - tubeleie kontrollert / festet adekvat? <input type="checkbox"/> Hvis nCPAP - kontroller maske (vurdert behov for å evt. sikre luftveier?)
B	<input type="checkbox"/> Vurder respirasjonsarbeid og Spo2 <input type="checkbox"/> Ventilatorinnstillinger ok?
C	<input type="checkbox"/> Blodtrykk OK (MAP = GA)? → Automatisk intervall påsatt? <input type="checkbox"/> Palpert lyskepuls? <input type="checkbox"/> Koble til 3-avl EKG. <input type="checkbox"/> IV-tilgang testet og festet? <input type="checkbox"/> Ledig infusjonsløp tilgjengelig?
D	<input type="checkbox"/> Blodsukker målt? <input type="checkbox"/> Glukoseinfusjon startet?
E	<input type="checkbox"/> Temperatur målt? <input type="checkbox"/> Sug (lavest innstilling som default) <input type="checkbox"/> Lilla sonde med tilhørende sprøyte (ventrikkel tømt for luft?)
Kuvøse	<input type="checkbox"/> Temp i kuvøse ok? <input type="checkbox"/> Ligger barnet stabilt og sikret?
Annet	<input type="checkbox"/> Mottagende avdeling informert? <input type="checkbox"/> Alle papirer med? <input type="checkbox"/> Alt utstyr med?

Navnelapp

Dato: _____ LEGE: _____

Pasient overflyttes fra _____ til: _____ PM: _____

Avreise tid: _____ Ankomsttid: _____

GA: _____ PMA: _____ FV: _____ Aktuell vekt: _____

Bakgrunn:

Årsak til overflytning:

ININGANG

 Tube Str: _____ Plassering _____ sjekket PVK – plassering _____ sjekket
 Ventrikkelsonde - posisjon _____ sjekket NVK/NAK posisjon _____ sjekket

RESP.STØTTE

Klokkeslett:	(Ved avreise)				
CPAP/HF * PEEP/liter*					
Avlest PEEP					
Respirator modus*					
PIP/PEEP*					
Ti/RF*					
Vt/MV					
FiO2					
Temp/vann i fukter					

OVERVÅKNING

Temp barn/kuvøse					
Hjerte frekvens					
Respirasjonsfrekvens					
SpO2					
BT Syst/diast (MAP)					
EtCO2					
COMFORTneo/NRS					
HF/SpO2-fall					
Stimulering/O2					

Blodsukkerkontroll: ved ankomst og før avreise

IV

Navn infusjon/medikamenter	Dobbelkontroll av medikament og sprøytepumpe		ml satt opp	ml/time	ml gått inn
	Lege	PM			
	Lege	PM			
	Lege	PM			
	Lege	PM			

Transportpersonell signatur: Lege : _____ Paramedic : _____

Kopi til mottakere, original legges i egen oppdragsperm for registrering.