Kontakt med hospital:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dato: |  | Klokkeslæt: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Henvendelse fra: |  |  | |
|  | Hospital | Afdeling | |
| Kontaktperson: |  |  |  |
|  | Navn | Titel | Telefon |

Borger:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn: |  | | CPR-nummer: |  |
| Adresse: |  | | Kommune: |  |
| Ophold (plejecenter, botilbud, midlertidig plads): | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Behandlingsårsag og kort sygehistorie: |  |
|  |
|  |
| Øvrige diagnoser relevant for behandlingen: |  |
|  |

Medicin:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Præparat 1: |  | | | | |
| Dosis: |  | Antal gange dagligt: |  | Antal dage: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Præparat 2: |  | | | | |
| Dosis: |  | Antal gange dagligt: |  | Antal dage: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tidspunkt for første dosis: | Dato: | Klokkeslæt: |
| Tidspunkt for sidste dosis: | Dato: | Klokkeslæt: |

|  |  |
| --- | --- |
| Beskriv IV adgang: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Må borger forlades under infusion: | Ja Nej |

Ved anafylaktisk chok:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lokal instruks følges med mindre andet aftales med hospitalet | | | |
| Præparat: | Adrenalin 0,5 mg/ml | | |
| Dosis: | 0,5 mg IM | Ved manglende effekt gentages efter 5 minutter |  |

Kontrol af værdier:

|  |  |
| --- | --- |
| Skal der kontrolleres værdier: | Ja Nej |
| Hvilke afvigelser kræver lægekontakt: | |
| Blodtryk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Puls:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Temperatur:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SAT/RP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |