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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |