



**AKADEMISKA
BARNSJUKHUSET**

**Remiss Akademiska barnsjukhuset för protonstrålning på Skandionkliniken
För svenska barn**

Namn:	Personnr:	
Diagnos:	Strålstart planerad till datum:	
Status:		
Omvårdnadsbehov:		
Paramedicinskt behov: (tex arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, kurator, psykolog)		
Övrig information:		
Aktuell läkemedelslista, skicka en till Uppsala ihop med denna remiss.		
Behov av cytostatika under stråltiden: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Skicka med cytostatika- schema		
Narkos: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken infart? SVP <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Annat:		
Narkosanamnes. Faxe läkar-/sjuksköterske-anestesianteckning från CT, mask/fixation:		
Shunt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Typ:	Shuntinställning:
Indikation för shunt; Obstruktions- /Resorptions – problem? Ringa in. Skicka med journalanteckning på shunt och neurokirurgisk anamnes		
Boende: Vi på hemorten bokar boende <input type="checkbox"/>	Boende önskas på Ronald McDonald Uppsala <input type="checkbox"/>	
Tolkbehov: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Språk/dialekt:	
Namn och tel.nr: vårdnadshavare 1	Namn och tel.nr vårdnadshavare 2	
Samtycke NPÖ/att skicka journalkopior, vårdnadshavare 1	Samtycke NPÖ/att skicka journalkopior, vårdnadshavare 2	
Remitterande enhet:		
Telefonnummer till remitterande enhet:	Remitterande läkare:	
Betalningsförbindelsenummer:	Remissens giltighetstid är 1 år om inte annat anges	
1 Riksavtal <input type="checkbox"/>	2 Regionavtal <input type="checkbox"/>	
Kommentar:		
Underskrift remittent:	Namnförtydligande:	
Datum:		

Skickas till: Barnprotonkoordinator/ ersättare
Barnmottagningen för blod-och tumörsjukdomar
Akademiska barnsjukhuset, 751 85 Uppsala

Ring för överrapportering
Barnprotonkoordinator 076-496 37 00
Fax 018-50 86 80