



**AKADEMISKA  
BARNSJUKHUSET**

**Remiss Akademiska barnsjukhuset för protonstrålning på Skandionkliniken  
för barn med svenskt medborgarskap**

Namn:	Personnr:	
Diagnos:	Strålstart planerad till datum:	
Status:		
Omvårdnadsbehov:		
Paramedicinskt behov:	Dietist ingår, ett besök i början av strålbehandling, uppföljning efter behov.	
Arbetsterapeut, antal ggr/vecka:	Kurator (samtalsstöd vårdnadshavare) antal ggr/vecka:	
Fysioterapeut, antal ggr/vecka:	Psykolog (samtalsstöd barn, syskon) antal ggr/vecka:	
Övrig information:		
Bärare av Multiresistent bakterie/infektion MRG (ESBL), MRSA, VRE, annan? <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – Vilken bakterie och lokalisation:		
Behov av cytostatika under stråltiden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Narkos: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken infart? <input type="checkbox"/> SVP <input type="checkbox"/> CVK - Annat:		
Shunt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Typ:	Shuntinställning:
Indikation för shunt: <input type="checkbox"/> Obstruktion <input type="checkbox"/> Resorption (Skicka med journalanteckning på shunt och neurokirurgisk anamnes)		



**AKADEMISKA  
BARNSJUKHUSET**

Boende: <input type="checkbox"/> Vi på hemorten bokar boende	<input type="checkbox"/> Boende önskas på Ronald McDonald Uppsala
Tolkbehov: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk/dialekt:
Namn och tel.nr vårdnadshavare 1	Namn och tel.nr vårdnadshavare 2
Samtycke NPÖ/att skicka journalkopior, vårdnadshavare 1 Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Samtycke NPÖ/att skicka journalkopior, vårdnadshavare 2 Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Remitterande enhet:	
Telefonnummer till remitterande enhet:	Remitterande läkare:
Betalningsförbindelsenummer:	Remissens giltighetstid är 1 år om inte annat anges
<input type="checkbox"/> Riksavtal <input type="checkbox"/> Regionavtal	Kommentar:
Datum:	Underskrift remittent:
Namnförtydligande och titel:	

Att göra / faxa till Uppsala ihop med denna remiss:

<input type="checkbox"/> Faxa Aktuell läkemedelslista.
<input type="checkbox"/> Faxa barnets Behandlingsöversikt.
<input type="checkbox"/> Faxa cytostatika-schema.
<input type="checkbox"/> Faxa Narkosanamnes. Läkare-/sjuksköterske-anestesianteckning från CT, mask/fixation.
Länka senaste MRT-bilder till: Akademiska sjukhuset röntgen-arkivet (bilder behöver finnas här om något akut händer). <input type="checkbox"/> Gäller på barn med hjärntumör.
<input type="checkbox"/> Vid influensa-säsong; ta ställning om barnet behöver vaccineras på hemort, innan strålbehandling i Uppsala (Skandion)

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