



Palliativa Trygghetsordinationer

Namn och personnummer _____

Preparat/indikation	Förslag på dosering	Ordination	Sign
Morfin ® 10 mg/ml, inj. Smärta/dyspné	2,5-10 mg (0,25-1 ml) s.c	_____ ml Upprepas v.b efter 15 min.	
Haldol ® 5 mg/ml (haloperidol), inj. Illamående/förvirring/hallucinationer	1-2 mg (0,2-0,4 ml) sc	_____ ml, max 10 mg/dygn. Vid illamående räcker den lägre dosen.	
Midazolam ® 5 mg/ml, inj. Oro/ångest/agitation/kramper	2,5-5 mg (0,5-1 ml) sc	_____ ml Upprepas efter 20 min tills effekt. Vid kramp 0,5-1 ml sc eller buccalt.	
Robinul ® 0,2 mg/ml (glykopyrronium), inj. Plågsam rosslighet	0,2 mg (1 ml)	_____ ml, sc max 4 ggr/dygn Robinul används endast i sen palliativ fas och på medvetandesänkt patient.	
Furix ® 10 mg/ml (furosemid), inj	20-40 mg iv alternativt sc	_____ ml	

Ordination KAD? _____

JA **NEJ**

Ska HLR ges? _____

Finns explosivt implantat? Om JA skriv vilket implantat: _____

Tjänstgörande Sjuksköterska i den kommunala primärvården får utföra den kliniska undersökningen i samband med förväntat dödsfall (SOSFS 2005:10 §5 och 6) _____

Sjuksköterska i den kommunala primärvården ansvarar för att kontakt tas med patientansvarig läkare på vårdcentralen som utfärdar dödsbevis samt dödsorsaksintyg _____

1. Datum _____ - _____ - _____

Underskrift läkare _____

Namnförtydligande _____

Dokumentet **trygghetsordinationer är giltigt t.o.m** _____ - _____ - _____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka

2. Omprövning datum _____ - _____ - _____

Underskrift läkare _____

Namnförtydligande _____

Dokumentet **trygghetsordinationer är giltigt t.o.m** _____ - _____ - _____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka

3. Omprövning datum _____ - _____ - _____

Underskrift läkare _____

Namnförtydligande

Dokumentet **trygghetsordinationer är giltigt t.o.m** ____ - ____ - ____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka