

# Palliativa Trygghetsordinationer



Namn och personnummer:

Preparat/indikation	Förslag på dosering	Ordination	Sign
<b>Morfin</b> ® 10 mg/ml, inj. Smärta/dyspné	2,5-10 mg (0,25-1 ml) s.c	_____ ml Upprepas v.b efter 15 min.	
<b>Haldol</b> ® 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.	
<b>Midazolam</b> ® 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.	
<b>Robinul</b> ® 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.	
<b>Furix</b> ® 10 mg/ml (furosemid), inj	20-40 mg iv alternativt sc	_____ ml	

	JA	NEJ
Ordination KAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ska HLR ges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns explosivt implantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstgörande SSK får utföra den kliniska undersökningen i samband med förväntat dödsfall (SOSFS 2005:10 §5 och 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSK ansvarar för att kontakt tas med PAL på VC som ansvarar för utfärdande av dödsbevis samt dödsorsaksintyg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Underskrift Läkare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Dokumentet trygghetsordinationer är giltigt t.o.m \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (max 3 månader)