

Checklista vid vård i hemmet

Gäller för cancerpatienter

Ja Ej aktuellt

- Vårdplanering. Datum kl
- Närvarande sjuksköterska

- | | | | Datum | Sign |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | | Kontaktformulär ifyllt samt lämnat aktuella telefonnummer till avdelningen och GYNNA | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Närståendepenning | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pascal | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Material för omläggningar el injektions-/infusionsbeh i hemmet (hjälpmedelskort/pascal) | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktuell medicinlista lämnad till patienten | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | | Epikris, faxad till resp kommunsköterska | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | | Omvårdnadsepikris | ..... | ..... |

Vård i livets slut

- | | | | | |
|--------------------------|--|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | | Formulär för konstaterande av dödsfall skickat till resp kommunsköterska | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> | | Ordination på
(t ex inj Morfin, Morfinscopolamin/Atropin, S Stesolid + inj material) | | |