

## Checklista för vård i livets slutskede

|   | Datum | Sign  |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> <b>Teamet har enats om att patienten befinner sig i livets slutskede</b><br>(Dokumenteras i journal)                           | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Brytpunktssamtal har förts med patienten<br>(Dokumenterat i journal)   | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Informationssamtal med närstående<br>(Dokumenterat i journal)  | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Efterhört behov av religiöst eller socialt stöd till patient eller<br>närstående   | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Närståendepenning (om ej tidigare utfört)  | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Seponering av ej nödvändiga läkemedel  | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Nödvändiga läkemedel konverterade till parenteral<br>administrering  | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Ordinationer för symtomlindring vad gäller smärta, illamående,<br>oro, rosslig andning och andnöd inskrivna på läkemedelslista | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Ev kontakt med smärtenheten för smärtlindring via subcutan pump  | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Ev kontakt med palliativa rådgivningsteamet  | ..... | ..... |
| <br><b>Icke nödvändiga åtgärder avslutade</b>   |       |       |
| <input type="checkbox"/> Blodprovstagning   | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Kontroll av P-glukos   | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Tempkontroll   | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Intravenös vätsketillförsel  | ..... | ..... |