

Kontrollblankett: Överenskommelse vid väntade dödsfall

Patientens namn:

Personnummer:

Upprättad datum:

Ovan rubricerade patients tillstånd är sådant att döden är nära förestående.
Överenskommelsen är **giltig i max 3 månader** från utfärdandet och om behov finns av
förlängning ska ny bedömning ske och blankett uppdateras.

Följande kriterier skall vara uppfyllda för att sjuksköterskan skall rapportera att patienten är avliden:

1. Ingen palpabel puls
2. Inga hjärtljud
3. Ingen spontanandning
4. Ljustela pupiller

Patienten bär implantat som ska avlägsnas (ex pacemaker, ICD eller inopererad läkemedelspump)

Ja Nej

Ort:.....

Ansvarig läkare:.....

Blankett skickas efter dödsfall till ansvarig läkare/verksamhet:

.....
via fax eller annat överenskommet sätt:

I händelse av dödsfall ifylls nedanstående del av ansvarig legitimerad sjuksköterska och överlämnas skyndsamt till ansvarig läkare/verksamhet enligt ovan.

Döden inträffade, Datum:

Klockan:

Patienten är försedd med ID-armband (diagonal handled och fotled) Ja

Transportblankett/Bårhusblankett för avliden medskickas Ja

(Frågan om obduktion: kryssa alltid i alternativet: *oklart*)

Anhöriga informerade Ja Nej

Anhöriga erbjudna efterlevandesamtal Ja Nej

Cellgiftsbehandling sista dygnet (viktig info för omvårdnadspersonal) Ja Nej

Leg. Sjuksköterska.....

(Efter att ovanstående dokumenterats i respektive huvudmans patientjournal kan dokumentet destrueras)