

Palliativa Trygghetsordinationer

Namn och personnummer:

Kontakta ordinerande
läkare i samband med att
ordinationerna börjar ges!

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	

	JA	NEJ
Ordination KAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skall 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"/>
Undertecknad läkare ansvarar för att dödsbevis samt dödsorsaksintyg skrivs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum ____ - ____ - ____ Underskrift Läkare _____

Namnförtydligande _____

Dokumentet **trygghetsordinationer är giltigt t.o.m.** ____ - ____ - ____

Trygghetsordinationer förlängs t.o.m.:

[Överenskommelse i samverkan kring bestämmande av människas död vid väntade dödsfall.pdf](#)

[Kontrollblankett Överenskommelse vid väntade dödsfall-ifyllbar.pdf](#)