

Checklista för vård i livets slutskede

Vårdcentral: _____ PAL: _____ MPT-läkare: _____	Namn: _____ Personnummer: _____ Diagnos: _____ Bedömningsdatum: _____ Giltig tills vidare om inget annat anges.
--	--

Åtgärder:		Datum:	Sign:
Är det aktuellt med HLR vid hjärtstopp?	Ja ☐ Nej ☐		
Om nej: Medicinskt beslut på grund av kroniska sjukdomens prognos	☐		
Patientens egen önskan	☐		
Medicinsk bedömning gjord av läkare att patienten är i livets slutskede?	Ja ☐ Nej ☐		
Brytpunktssamtal hållits av (läkares namn)	Ja ☐ Nej ☐		

Till sjukhus vid försämring? Ev. kommentar:	Ja ☐ Nej ☐		
Patient informerad och införstådd med vårdnivå enligt ovan?	Ja ☐ Nej ☐		
Närstående informerade och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja ☐ Nej ☐		
Vårdlaget informerat och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja ☐ Nej ☐		
Trygghetsordinationer insatta?	Ja ☐ Nej ☐		
KAD får sättas v.b.?	Ja ☐ Nej ☐		
Symtomskattningsinstrument (VAS, IPOS, ROAG, Abbey pain scale) ska användas kontinuerligt av sjuksköterska/undersköterska	Ja ☐		
Översikt utförd att de medicinska insatserna är adekvata	Ja ☐ Nej ☐		
Har patienten pacemaker, ICD eller annan elektronisk anordning?	Ja ☐ Nej ☐		
Kommentar:			
Klinisk undersökning vid förväntat dödsfall kan göras av sjuksköterska:	Ja ☐ Nej ☐		
Efter dödsfall, kontakt med läkare för dödsbevis + dödsorsaksintyg:	Ja ☐ Nej ☐		

Om patienten har sina ordinationer upplagda i PASCAL är det dessa som är gällande.

Ordinerande läkare:

Underskrift

Namnförtydligande

Datum