

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? Om nej: Medicinskt beslut på grund av kroniska sjukdomens prognos Patientens egen önskan	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Medicinsk bedömning gjord av läkare att patienten är i livets slutskede?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Brytpunktssamtal hållits av (läkares namn) _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Till sjukhus vid försämring? Ev. kommentar:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Patient informerad och införstådd med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Närstående informerade och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Vårdlaget informerat och införstådda med vårdnivå enligt ovan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Trygghetsordinationer insatta?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
KAD får sättas v.b.?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Symtomskattningsinstrument (VAS, IPOS, ROAG, Abbey pain scale) ska användas kontinuerligt av sjuksköterska/undersköterska	Ja <input type="checkbox"/>		
Översikt utförd att de medicinska insatserna är adekvata	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har patienten pacemaker, ICD eller annan elektronisk anordning? Kommentar:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Klinisk undersökning vid förväntat dödsfall kan göras av sjuksköterska:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Efter dödsfall, kontakt med läkare för dödsbevis + dödsorsaksintyg:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

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

Ordinerande läkare:

Underskrift

Namnförtydligande

Datum