



Datum: _____ Personnummer: _____
 Patientens namn: _____
 Verksamhet|Vårdenhet: _____
 Huvuddiagnos|Bidiagnoser _____

TECKEN PÅ ATT PATIENTEN KAN VARA DÖENDE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patienten är sängliggande | <input type="checkbox"/> Patienten sover större delen av dygnet |
| <input type="checkbox"/> Patienten har sväljningssvårigheter | <input type="checkbox"/> Patienten kan endast dricka små mängder vätska |
| <input type="checkbox"/> Patienten är kontinuerligt medvetandesänkt | <input type="checkbox"/> Försämrad cirkulation andning |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | |

sign läkare|ssk •

BEDÖMNING AV ATT PATIENTEN ÄR DÖENDE

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Progredierande sjukdomsutveckling | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| Progredierande funktionsnedsättning | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| Det försämrade tillståndet är förväntat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| Behandlingsbara tillstånd har övervägts | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| Patienten bedöms ha någon vecka till dagar kvar i livet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| Livsförlängande behandling ej indicerad
<small>medicinskt etiskt kulturellt patientens vilja</small> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

Datum: _____

sign läkare •

VÅRD AV DEN DÖENDE MÄNNISKAN

- | | | |
|---|--------------|------------------------|
| Påbörjas | Datum: _____ | _____
sign läkare • |
| Avbryts (Patientens tillstånd förbättrats) | Datum: _____ | _____
sign läkare • |
| Återupptas | Datum: _____ | _____
sign läkare • |
| Avslutas (Patienten är avliden) | Datum: _____ | _____
sign |
| <input type="checkbox"/> Den avlidne omhändertas enligt NVP Del 3 | Datum: _____ | _____
sign |



2.16 BRYTPUNKTSSAMTAL OM ATT DÖDEN ÄR NÄRA FÖRESTÅENDE

Brytpunktssamtal har genomförts datum _____ datum _____ datum _____ ej möjligt

Närvarande vid samtalet patient

närstående med patientens samtycke | förmodade samtycke

annan

läk

ssk

usk

Samtalets innehåll

datum _____

datum _____

datum _____

sign läkare •

sign läkare •

sign läkare •

2.17 FÖRSTÅELSE

Patienten har förståelse för att döden är nära ja nej ej bedömbart

Närstående har förståelse för att patienten är döende ja nej ej bedömbart

Kommentar

sign



2.18 MEDICINSKA BESLUT

Ställningstagande till behandlingsbegränsningar*

ja nej

Beslut _____

Se elektronisk journalanteckning. Datum _____

*Ex avseende HLR, respirator, intensivvård, dialys

Icke indicerade läkemedel är utsatta

ja nej

Ordnation av injektionsläkemedel vid behov för: Smärta

ja nej

Illamående

ja nej

Ångest|Oro

ja nej

Rosslighet

ja nej

Andnöd

ja nej

Förvirring

ja nej

_____ ja nej

_____ ja nej

Ställningstagande till medicinska insatser

Blodprovstagning

fortsätta avsluta|ej påbörja

Intravenös vätsketillförsel

fortsätta avsluta|ej påbörja

Enteral/parenteral näringstillförsel

fortsätta avsluta|ej påbörja

Intravenös antibiotika

fortsätta avsluta|ej påbörja

Antikoagulantibehandling

fortsätta avsluta|ej påbörja

Blodsockerkontroll

fortsätta avsluta|ej påbörja

Mätning av vitala parametrar

fortsätta avsluta|ej påbörja

Syrgasbehandling

fortsätta avsluta|ej påbörja

Inplanterad defibrillator (ICD) eller motsvarande

fortsätta avsluta|ej påbörja

Annat: _____

fortsätta avsluta|ej påbörja

Teamet informeras om att patienten är döende

ja nej

Med teamet menas de personer som är delaktiga i patientens vård och omsorg

datum _____

_____!
sign läkare •



2.19 UPPDATERING AV VIKTIG INFORMATION

Nedanstående områden är uppdaterade och dokumenterade

barn som närstående delaktighet närståendes behov kulturella/andliga behov

behov av annan kontakt ex religiös/andlig företrädare, kurator, psykolog, tolk

Kommentar

_____ |
sign

2.20 ÖNSKEMÅL OCH PRIORITERINGAR

Patientens och/eller närståendes speciella önskemål och behov i nuläget, inför döden, vid dödsfallet och efter dödsfallet ex ritualer, symboler, eller annat omhändertagande

_____ |
sign

2.21 KONTAKT MED NÄRSTÅENDE

Önskemål om kontakt i första hand dygnet runt ej nattetid

Namn, relation, tel _____

Önskemål om kontakt i andra hand dygnet runt ej nattetid

Namn, relation, tel _____

2.22 SAMTYCKE

Samtycke till att vårdplanen förvaras patientnära, i hemmet | på vårdrummet

Patienten samtycker ja nej ej bedömbart

Närstående samtycker (med patientens förmodade samtycke) ja nej ej bedömbart

Vårdplanen förvaras på sedvanlig plats för journaler

_____ |
datum

_____ |
sign



■ **2.23 SIGNATURFÖRTYDLIGANDE**

Namn textat

Befattning

_____ |

Namn textat

Befattning

_____ |

sign

Namn textat

Befattning

_____ |

sign

Namn textat

Befattning

_____ |

sign

sign

Läsexemplar