

Överenskommelse vid väntade dödsfall

Patientens namn:

Personnummer:

Ovan rubricerade patients tillstånd är sådant att döden är nära förestående.

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. Ljusstela pupiller

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

Ja Nej

Klinisk obduktion enligt ansvarig läkare Ja Nej Vet ej

Ort..... Datum: Ansvarig läkare:

Nedanstående ifylles fullständigt och ska överlämnas omgående till ansvarig läkare/vårdcentral.

Döden inträffade, Datum: Klockan:

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

Transportblankett/Bårhusblankett för avliden medskickas Ja

Anhöriga informerade Ja Nej

Anhöriga erbjudna efterlevandesamtal Ja Nej

Smittorisk avseende Creutzfeldt-Jakobs sjukdom Ja Nej

Cellgiftsbehandling sista dygnet Ja Nej

Leg. sjuksköterska:

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