

Datum: _____ Personnummer: _____

Patientens namn: _____

Verksamhet|Vårdenhet: _____

Huvuddiagnos|Bidiagnoser _____

TECKEN PÅ ATT PATIENTEN KAN VARA DÖENDE

- | | |
|---|---|
| ☐ Patienten är sängliggande | ☐ Patienten sover större delen av dygnet |
| ☐ Patienten har sväljningssvårigheter | ☐ Patienten kan endast dricka små mängder vätska |
| ☐ Patienten är kontinuerligt medvetandesänkt | ☐ Försämrade cirkulation andning |
| ☐ Annat _____ | |

sign läkare|ssk •

BEDÖMNING AV ATT PATIENTEN ÄR DÖENDE

- | | |
|---|--|
| Progredierande sjukdomsutveckling | ☐ ja ☐ nej |
| Progredierande funktionsnedsättning | ☐ ja ☐ nej |
| Det försämrade tillståndet är förväntat | ☐ ja ☐ nej |
| Behandlingsbara tillstånd har övervägts | ☐ ja ☐ nej |
| Patienten bedöms ha någon vecka till dagar kvar i livet | ☐ ja ☐ nej |
| Livsförlängande behandling ej indicerad | ☐ ja ☐ nej |

medicinskt|etiskt|kulturellt|patientens vilja

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 |
| ☐ 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 _____

sign läkare •

datum _____

sign läkare •

datum _____

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