

**Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall - Formulär - Hälso- och sjukvård
Region Gävleborg****Bedömning vid förväntat dödsfall****Sidan 1 fylls i av läkare**

Patient

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Bedömning av patientens tillstånd enligt journalanteckningar:

Brytpunktssamtal är dokumenterat i journal

☐ Ja☐ Nej

Patienten har bedömts vara i sen palliativ fas enligt journalanteckningar

☐ Ja☐ Nej

Närstående är informerade vid ett närståendesamtal

☐ Ja☐ Nej

Sedvanliga vidbehovs läkemedel för palliativ vård är ordinerade

☐ Ja☐ Nej

Patienten har subkutan venport

☐ Ja☐ Nej

Patienten har pacemaker

☐ Ja☐ Nej

Patienten har intern hjärtrytmmonitor- IRL (inplanterbar loop rekorder)

☐ Ja☐ Nej

Patienten har ICD (intern defibrillator)

☐ Ja☐ Nej

Patienten har annat implantat som kan behövas plockas bort innan kremering

☐ Ja☐ Nej

Om Ja, vilket?

Patienten har blodsmitta

☐ Ja☐ Nej

Om Ja, vilken?

Alla svar på de fyra första punkterna ska vara JA för att sjuksköterska ska utföra bedömningen vid förväntat dödsfall.

Patientansvarig läkare:

Datum

Namnförtydligande läkare:

Avdelning/Hälsocentral/Palliativt team

Om tillståndet förändras/förbättras ska ny bedömning göras av läkare. I annat fall ska ny bedömning göras av läkare var femte dag inom specialistvård och en gång per månad inom primärvård och palliativt team. Omprövning ska dokumenteras i patientens journal.

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Planerat datum för uppföljning

Uppföljning utförd datum

Signatur _____

Konstaterande av dödfall sjuksköterska**Sidan 2 fylls i av sjuksköterska när ovanstående bedömning är gjord**

Patientens namn

Personnummer

Jag har gjort den kliniska undersökningen och samtliga av dessa kriterier är uppfyllda

- ingen palpabel puls (konstatera pulslöshet på handled samt halspulsåder)
- inga hörbara hjärtljud vid auskultation (lyssna med stetoskop på hjärtat minst 30 sekunder)
- ingen spontanandning
- ljusstela pupiller (kontroll av pupiller bilateralt med lampa)

Dödsdatum

klockslag

Dödsplats

Identifiering har skett och identitetsband är anbringat

☐ Ja☐ Nej

Närstående är informerade om dödsfallet

☐ Ja☐ Nej

Närståendes namn

Relation

Tel nr

Ansvarig sjuksköterska

Namnförtydligande

Ansvarig läkare som skall utfärda dödsbeviset (Primärvård/Palliativt team)

Namn

Telefonnummer

Handläggningen har dokumenterats i patientjournal

☐ Ja☐ Nej**Fyll i denna blankett och kopiera.** Skicka ett ex med den avlidne och ett ex snarast till patientansvarig läkareFör mer information se [Dödsfall - Fastställande och omhändertagande av avliden - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#)