

Dödsfall - fastställande blankett - Rutin - Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg

Titel: Dödsfall - fastställande blankett - Rutin	Dokumentkategori: Normerande styrdokument	Omfattning: Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Dokumentägare: Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör	Dokumentansvarig: Samordnare övergripande kliniska rutiner	Beslutsinstans: Förvaltningschef
Diarienummer:		Datum för översyn: Se sidhuvud

Dödsfall - fastställande blankett

Patient ID _____ Namn _____

Undertecknad har den _____ kl. _____ fastställt att ovanstående patient avlidit.

Dödsdatum _____ kl. _____ (ev. intervall)

Plats för dödsfallet _____

 Finns anledning att anta att döden orsakats av annan person? Ja Nej

 Finns skäl till rättsmedicinsk undersökning?
(Polisen ska då underrättas) Ja Nej

 Kan tidigare sjukdomsförlopp förklara dödsfallet?
Om nej, överväg rättsmedicinsk undersökning Ja Nej

 Patienten har pacemaker/ ICD - Implanterbar defibrillator Ja Nej

 Patienten har cochleaimplantat Ja Nej

 Patienten har annat implantat Ja Nej

Om Ja vilket _____

 Smitta Ja Nej

Om Ja vilken _____

 Klinisk obduktion Ja Nej Oklart
Adekvat ifylld obduktionsremiss ska vara obduktionsavdelningen tillhanda inom 3 arbetsdagar. Därefter överlämnas den avlidne till anhöriga/begravningsbyrå.

 Anhöriga motsätter sig obduktion Ja Nej Oklart

 Intyg om dödsorsak kommer att utfärdas av mig * annan läkare

* Om av annan läkare, namn och vart (t.ex. hälsocentral) _____

Ort _____ Datum _____

Tjänstgör inom verksamhet/vårdenhet _____

underskrift

telefon

namnförtydligande/tjänsteställe

Ett exemplar medföljer den avlidne. Om dokumentation i datajournal inte är möjlig, ska ett exemplar bifogas i patientjournalen, (gäller primärvården)

Dödsbevis utfärdas av dig som fastställer dödsfallet. OBS Applicera ifyllt ID-band om höger handled på den avlidne. Se [Dödsfall-Fastställande, Hälso- och sjukvård region Gävleborg](#)