

Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Patientens namn.....Personnummer.....

Adress.....Tel nr.....

Brytpunktssamtal är genomfört med patient och/eller närstående Ja Nej
Patienten har bedömts vara i sen palliativ fas och sedvanliga Ja Nej
vidbehovsmediciner för palliativ vård är ordinerade
Patienten har subcutan venport Ja Nej
Explosiva implantat: om ja kryssa vilken typ Ja Nej

Patienten har Pacemaker
Patienten har thalamusstimulator
Patienten har Insulinpump
Patienten har cochleaimplantat
Patienten har intern hjärtrytmmonitor- IRL (inplanterbar loop rekorder)
Patienten har ICD (intern defibrillator)
Patienten har ryggmärgsstimulator

Namnteckning läkare

Namnförtydligande läkare.....

Hälsocentral/Palliativa teamet.....Datum.....

Uppföljning/omvärdering ska ske **minst 1 gång/månad** efter brytpunktssamtal och omgående vid **ev förbättring** av patientens allmäntillstånd. Omprövningar skall dokumenteras i journal och på blankett.

Planerat datum för uppföljning.....Uppföljning utförd datum.....Sign

Planerat datum för uppföljning.....Uppföljning utförd datum.....Sign

Planerat datum för uppföljning.....Uppföljning utförd datum.....Sign

Planerat datum för uppföljning.....Uppföljning utförd datum.....Sign

Sida 2 fylls i vid konstaterande av dödsfall.
Dokumentet skriv ut dubbelsidigt.

Dokumentnamn: Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Dokument ID: 09-150087

Giltigt t.o.m.: 2025-10-28

Revisionsnr: 8

| Patientens namn.....Personnummer.....

Konstaterande av dödfall

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 på hö handled JaNärstående är informerade om dödsfallet Ja Nej

Närståendes namn.....

Relation.....Tel nr.....

Handläggningen dokumenteras i omvårdnadsjournalen Ja Nej

Namnteckning sjuksköterska/distriktssköterska.....

Namnförtydligande.....Tel nr.....

Familjeläkare/ansvarig HC/Palliativa teamet som skall utfärda dödsbeviset

Namn.....HC/Palliativa.teamet.....Tel nr.....

Fyll i denna blankett i 2 ex. Skicka ett ex med den avlidne och ett ex snarast till patientens läkare.

Kontakta läkaren på HC/Palliativa teamet första vardagen efter dödsfallet och informera.

Tänk på att denna blankett ersätter Dödsfall - fastställande blankett, Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg 09-28676.