

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

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

Uppföljning/omvärdering ska ske **minst 1 gång/månad** efter brytpunktsamtal 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.: 2025-02-02

Revisionsnr: 7

Konstaterande av dödsfall

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.