

# Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede på SÄBO och i hemsjukvård

Ifylles gemensamt av ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska.

Boende/hemsjukvårdsområde
Personnummer
Namn

## Diagnoser och aktuella problem

--

## Information till patient och närstående

Patient har fått brytpunktssamtal	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Genomfört av				
Närstående har fått brytpunktssamtal	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Vilka närstående?				
Kommentar				

## Omvårdnadsaspekter

Uppdaterade läkemedelsordinationer? (t.ex. symptomlindrande injektioner, utsättning av läkemedel, insulin, TPN/sondmat)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
För preparat och doser se rekommenderade läkemedel, läkemedel i livets slutskede. Använd gärna läkemedelsmodulens favorit *palliativ				
Finns skriftlig behandlingsplan	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Checklista för symtomskattning finns	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Särskilda önskemål/behov				

**Medicinsk information till bårhusmeddelande**

Har patienten implanterat	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Om ICD (defibrillator), är denna urkopplad	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Har patienten kroppsliga infarter	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Smittsam sjukdom	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Obduktion efter dödsfallet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Undertecknad är ansvarig läkare och kan utfärda dödsbevis baserat på undersökning gjord av sjuksköterska enligt SOSFS 2005:10, 3 kap, §6.

Datum
Namn
Namnförtydligande
Tjänsteställe
Telefonnummer

**Ansvarig sjuksköterska**

Datum
Namn

**Förlängd giltighetstid**

Datum
Namn
Namnförtydligande
Tjänsteställe
Telefonnummer

## Förslag på checklista för återkommande symtomskattning

Symtom	Datum		Datum		Datum	
	Finns	Förväntas	Finns	Förväntas	Finns	Förväntas
Smärta						
Ångest/oro						
Illamående						
Förstoppning						
Muntorrhet/törst						
Rosslighet						
Annat:						