



Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Jädefeldt Slattery, MAS

2014-02-12

Namn kort vid dödsfall

Patientens personnummer:	PAS:
Namn:	Ansvarig läkare:
Adress:	PAL vårdcentral:
<i>Avlidit</i> Datum:	Klocka: Plats:

<i>Fylls alltid i av läkare eller sjuksköterska</i>	JA	NEJ	SAKNAS
Närstående är informerad om dödsfallet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avliden har märkts med ID-band runt fot- och handled diagonalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Känd smittorisk föreligger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Typ? _____	
Implantat t.ex. pacemaker, insulinpump, defibrillator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Typ? _____	
Cellgiftsbehandling sista dygnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Övriga parametrar kontrollerade			
Ej palpabel puls:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen hjärtverksamhet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen andning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ljusstela pupiller:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oväntat dödsfall			
Läkare, jour, kontaktas alltid			
Namn på läkare _____			
Arbetsplats, tfn dagtid, till kontaktad läkare _____			
Väntat dödsfall			
Sjuksköterska har informerat läkare eller jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Namn på läkare _____			
Arbetsplats, tfn dagtid, till kontaktad läkare _____			

Ovanstående uppgifter intygas

Datum

Sjuksköterska

Namnförtydligande

Överlämnande till Begravningstjänst

Datum

Företag

Namnförtydligande

Originalen till omvårdnadsjournalen. Kopia till PAL första vardagen efter dödsfall, genom direktöverlämnande eller fax. Begär alltid bekräftelse på mottagande via fax eller ta telefonkontakt. En kopia följer den avlidne till bårhuset.