

Dödsfall - underlag för konstaterande av väntat dödsfall

Underlag för tjänstgörande sjuksköterska att utföra undersökning av tecken på att döden inträtt.

Obligatoriska uppgifter som fylls i av läkare i samband med planering vid väntat dödsfall

Patientens namn _____ Personnummer _____

Adress _____

Vårdas i hemmet på grund av _____
sjukdom/annan orsak

Patienten har i samråd med sina närstående önskemål om att få stanna i hemmet till livets slut.
Om inget oväntat inträffar i samband med dödsfallet är som regel obduktion inte nödvändig.

Transporttyget är förberett – version för sjuksköterska

Datum _____ Läkarens underskrift och förtydligande _____

Arbetsplats _____ Telefon _____

Ifylles av ansvarig sjuksköterska

Alt. 1: Dödsfallet inträffade Datum _____ Klockslag _____

Alt. 2: Påträffad död Datum _____ Klockslag _____

ingen palpabel puls inga hörbara hjärtljud vid auskultation
 ingen spontanandning ljusstela, oftast vida, pupiller

Klinisk undersökning utfört Datum _____ Klockslag _____

Händelseförlopp: _____

Identitetskontroll, signering och identitetsband påsatt – *signatur* _____

Sjuksköterskans underskrift _____ telefon _____

Närstående meddelad av _____

Blanketten ska överlämnas till ansvarig läkare snarast - *datum, signatur* _____