

Underlag vid förväntat dödsfall i samverkande Primärvård

Patientens namn: _____
Personnr: _____
Adress: _____

Underlag för ansvarig läkare för konstaterande av förväntat dödsfall för patienter som också har kommunal primärvård. I förekommande fall kan enligt överenskommelse tjänstgörande sjuksköterska utföra klinisk undersökning när förväntat dödsfall inträffat, i enlighet med Socialstyrelsens författning SOSFS 2005:10 3 kap, 6§. Information i denna blankett ska överföras till "Bärhusmeddelande".

Vårdas på grund av (sjukdom/annan orsak): _____

Pacemaker, ICD eller annat batteridrivet implantat <input type="checkbox"/> NEJ, patienten bär EJ batteridrivet implantat <input type="checkbox"/> JA, patienten bär batteridrivet implantat, vilket ska avlägsnas efter döden. Typ: _____	Smittorisk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken: _____
Obduktion <input type="checkbox"/> NEJ, klinisk obduktion kommer ej att begäras (såvida inget oförutsett händer i samband med dödsfallet). <input type="checkbox"/> JA, klinisk obduktion önskas (obduktionsremiss ska då utfärdas).	Vävnadsdonation – är patienten positiv till detta? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej
Efter dödsfall konstaterats genom klinisk undersökning <input type="checkbox"/> Blankett tillbaka till vårdcentral där patienten varit listad, senast nästa vardag. <input type="checkbox"/> Blankett tillbaka till läkare på enhet: _____	
Läkares underskrift _____ / _____ Underskrift Namnförtydligande Datum: _____ Tjänsteställe: _____ Telefonnummer: _____ <i>Dokumentet gäller en månad från utfärdandet.</i> Ev. faxnummer: _____	

Dödsfallet inträffade: Datum: _____ Klockslag: _____	Identitetskontroll och markering gjord: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Klinisk undersökning genomfördes: (Om annan tid än inträffat dödsfall) Datum: _____ Klockslag: _____ Ev. särskild iakttagelse: _____	Närstående meddelad av: _____ Närstående namn, relation: _____ Närstående relation: _____ Blanketten förmedlas åter till ansvarig sjuksköterska <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Sjuksköterskas underskrift _____ / _____ Underskrift Namnförtydligande Telefonnummer: _____	

Dödsbevis och dödsorsaksintyg åtgärdade, datum: _____
Ansvarig läkares underskrift _____ / _____ Underskrift Namnförtydligande

Layoutmässigt indelat i ruta vad som är läkare, sjuksköterskas del

Då vi upptäckte att någon av MTN har ändrat blanketten och skrivit ut den och den inte var fullt uppdaterad så har vi lagt till en ruta om det är så att MTN som vill ha tillbaka till sig har möjlighet att skriva in detta.

Kommunerna har olika rutiner för om de vill ha tillbaka blanketten eller inte så nu kan ssk fylla i om den ska tillbaka eller inte.

Daterad när den uppdaterats

260512
Är inskickad till vårdgivare Skåne och PMO för att bytas ut – börjar gälla när det är inne om några veckor.