

Patientens namn: _____

Personnr: _____

Adress: _____

Underlag vid förväntat dödsfall i samverkande Primärvård

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 "Bårhusmeddelande"

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

Läkares underskrift _____ / _____
Underskrift Namnförtydligande

Datum: _____ Tjänsteställe: _____ Telefonnummer: _____

Dokumentet gäller en månad från utfärdandet.

Dödsfallet inträffade och klinisk undersökning genomfördes: _____ / _____
Datum Klockslag

Sjuksköterskas underskrift _____ / _____
Underskrift Namnförtydligande

Telefonnummer: _____

Identitetskontroll och markering gjord _____
Signatur

Närstående meddelad av: _____
Namn

Närstående namn, relation: _____
Namn

Ev. särskild iakttagelse: _____

Efter dödsfall konstaterats genom klinisk undersökning ska blanketten överlämnas till läkare senast nästa vardag.

Datum: _____

Ansvarig läkares underskrift _____ / _____
Underskrift Namnförtydligande

Efter underskrift ska blanketten förmedlas åter till ansvarig sjuksköterska.