



Klinisk Riktlinje: Fastställande av förväntat dödsfall utan läkarundersökning

Tillämpningsområde: Närsjukvården Halland och kommunal hälso-och sjukvård Halland

En människas död skall fastställas med hjälp av direkta eller indirekta kriterier. Fastställandet skall göras av läkare. (SOSFS 2005:10, 2 kap 2§)

Fastställandet av en människas död med hjälp av indirekta kriterier skall göras genom en klinisk undersökning. Vid den kliniska undersökningen skall samtliga dessa indirekta kriterier vara uppfyllda: (SOSFS 2005:10, 3 kap, 1§ och 2§)

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

En läkare får fastställa att döden har inträtt utan att personligen ha gjort den kliniska undersökningen, om

- dödsfallet är förväntat på grund av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd med förmodad begränsad överlevnad, eller
- kroppen uppvisar uppenbara dödstecken i form av förändringar som inte är förenliga med fortsatt liv

Förutsättningarna för att läkaren inte skall behöva göra undersökningen är att

- en legitimerad sjuksköterska har gjort denna undersökning och meddelat läkaren resultatet, och
- läkaren har tillgång till relevanta och tidsmässigt aktuella uppgifter om den dödes tidigare medicinska tillstånd (SOSFS 2005:10, 3 kap, 6§)

Vid sjuksköterskas undersökning av en avliden person används bifogad checklista.

Checklistan utgör dokumentation av sköterskans undersökning och vidtagna åtgärder med anledning av dödsfallet. Rapportering av det inträffade dödsfallet ska ske till behandlingsansvarig läkare per telefon så att denne kan utfärda dödsbeviset skyndsamt. Kopia av checklistan skickas till behandlingsansvarig läkare som underlag för journaldokumentation.



Checklista/åtgärdslista för sjuksköterska vid undersökning för fastställande av väntat dödsfall

Åtgärder i samband med förväntat dödsfall

- Genomför klinisk undersökning enligt nedanstående checklista
- Förse kroppen med identitetsband runt fotled eller handled
- Kontakta behandlingsansvarig läkare (eller den vårdenhet där läkaren tjänstgör) på kontorstid per telefon eller fax, och skicka kopia av checklistan till behandlingsansvarig läkare

Personnummer

Namn

Adress

Patientansvarig läkare

Vårdenhet

Dödsfallet inträffat

ÅÅÅÅ-MM-DD

Tidpunkt/klockslag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

- Ingen palpabel puls
- Inga hörbara hjärtljud
- Ingen spontanandning
- Ljustela pupiller
- ID-band fäst

Datum

Underskrift leg sjuksköterska

Namnförtydligande

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------