**Checklista vård i livets slut**

**Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum**

**Signatur**

Läkare har beslutat att det är palliativ vård i livets slut

Öppna hälsoärende vård i livets slut och dokumenterar här hädanefter

Ja [ ]  Nej [ ]

Läkare har haft brytpunktsamtal med patienten

Samtalet är dokumenterat i journalen

Ja [ ]  Nej [ ]

Läkare har haft brytpunktsamtal med närstående

Samtalet är dokumenterat i journalen

Ja [ ]  Nej [ ]

Säkerställ 0 HLR och hjärtat i hemdok samt dokumentera

i journal

Ja [ ]  Nej [ ]

Avaktivera ev. ICD-dosa

Ej aktuellt [ ]

Ja [ ]  Nej [ ]

 Är brytpunktsamtalet informerat ut till all omvårdnadspersonal via Intraphone

Ja [ ]  Nej [ ]

Är team-träff inbokat enligt ”palliativa hjulet”

När? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lämna ” [Till dig som närstående vid livets sista tid](file:///C%3A%5CUsers%5Canib01%5CDownloads%5CPDF-Till-dig-som-ar-narstaende-2024%20%281%29.pdf)”

**Signatur**

**Datum**

Vill patienten in till sjukhus vid försämring

Ja [ ]  Nej [ ]

Genomgång av läkemedel, utsättning av de som inte behövs

Ordination på läkemedel i injektionsform

Mot smärta [ ]

Mot illamående [ ]

Mot ångest [ ]

Mot rosslighet [ ]

När vill anhöriga kontaktas

* Vid försämring [ ]
* Vid dödsfall [ ]
* Alla tider på dygnet [ ]
* Ej nattetid [ ]

Kontakta i första hand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bedömt behovet av antidecubitushjälpmedel och/eller lägesändringar

Lägg in insats på smärtskattning kontinuerligt

VAS [ ]

Abbey pain scale [ ]

Lägg in insats på munvård kontinuerligt

ROAG [ ]

**Signatur**

**Datum**

Lämnat material (nålar, subkutana venflon,

riskavfallsbruk, munsuddar, narkotikajournal m.m).

Ordination av avlastande KAD vid behov

Bedömt behov av extravak

Är patienten inskriven på SOCP på listan över förväntade dödsfall

Ja [ ]  Uppdaterades senast datum:

Får sjuksköterska konstatera dödsfallet

 Ja [ ]  Nej [ ]

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Är team-träff bokat för reflektion enligt ”palliativa hjulet”

 Ja [ ]  Nej [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Efter dödsfallet följ

[Checklista SSK vid dödsfall](https://kommun.falkenberg.se/media/evolution/c419ca7b-38b-49e9-99fc-157ee918782f/5da8794d-ecd6-4723-80d2-7c75f12f1e81.pdf) i Hemsjukvårdens rutiner och dokument