**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:\Users\anib01\Downloads\PDF-Till-dig-som-ar-narstaende-2024%20(1).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