



Personnr: .....

Namn: .....

Adress: .....

.....

## Checklista "vårdplan i livets slutskede"

Läkare:.....

Ansvarig sjuksköterska.....

Medicinsk bedömning gjord av läkare att patienten är  
i livets slutskede:

Datum:..... Sign:.....

Närstående/patient informerade och delaktiga i beslutet:

Datum:..... Sign:.....

Vårdlaget informerat och delaktigt i beslutet:

Datum:..... Sign:.....

Beslutet dokumenterat:

Datum:..... Sign:.....

Indirekt dödsfallskonstaterande tillämpligt:

Datum:..... Sign:.....

Medicinska insatser som inte längre gör nytta avslutade:  
(blodprovstagning, antibiotika, parenteral vätska)

Datum:..... Sign:.....

Aktuell medicinering värderad och ej ändamålsenlig utsatt:

Datum:..... Sign:.....

Adekvat per oral medicinering ändrad till s c-inj eller s c-inf:

Datum:..... Sign:.....

Adekvat vid behovs medicinering mot smärta insatt:

Datum:..... Sign:.....

Adekvat vid behovs medicinering mot illamående insatt:

Datum:..... Sign:.....

Adekvat vid behovs medicinering mot oro/ångest insatt:

Datum:..... Sign:.....

Adekvat vid behovs medicinering mot luftvägssekretion insatt:

Datum:..... Sign:.....

Symtomskattning enligt särskild blankett:

Datum:..... Sign:.....

Extravak erbjudet:

Datum:..... Sign:.....

Närståendepenningsintyg utfärdat:

Datum:..... Sign:.....

Efterlevande samtal erbjudet:

Datum:..... Sign:.....

Eftersamtal med personal inplanerat:

Datum:..... Sign:.....