

## 15.4 Meddelande från ansvarig läkare till tjänstgörande sjuksköterska vid förväntat dödsfall i särskilt boende för äldre

Patienten har, i samråd med sina närstående, i samband med brytpunktssamtal uttryckt önskemål (alt. presumtivt samtycke) om att få stanna i boendet till livets slut och önskar inte överföras till slutenvården i terminalt skede om inte särskilda skäl talar för detta.

### Fylls i av ansvarig läkare

Patientens namn	Patientens personnummer
Har vårdats på (boende)	Datum patienten flyttade in på boendet
Jag är tacksam om du i mitt ställe gör en yttre undersökning av den döda kroppen för att jag ska kunna konstatera dödsfallet samt fyller i och skickar det här dokumentet till:	

Inför beställning av bårtransport ska resterande uppgifter på (av mig) ifylld och bifogad blankett ”Bårhusremiss” (bilaga 15:3) fyllas i av dig. Så snart jag fått meddelande om inträffat dödsfall kommer jag att utfärda dödsbevis.

Leg.läkare	Telefon
------------	---------

### Fylls i av tjänstgörande sjuksköterska

Patientens namn	Patientens personnummer
-----------------	-------------------------

Jag blev kallad Datum: _____ Klockslag _____ Påträffad död Datum: _____ Klockslag _____ Döden inträdde Datum: _____ Klockslag _____	Jag har kontrollerat och undersökt att <input type="checkbox"/> Andningen har upphört <input type="checkbox"/> Hjärtljuden har upphört <input type="checkbox"/> Pulsen har upphört <input type="checkbox"/> Pupillerna är ljusstela
<input type="checkbox"/> Identitetskontroll är utförd och patienten är försedd med ID-band enligt riktlinje 15	

Leg.sjuksköterska	Telefon
Arbetsplats	

Denna blankett skickas ifylld av tjänstgörande sjuksköterska till ansvarig läkare

Kopia till hälso- och sjukvårdsjournalen.