

## VÅRD I LIVETS SLUT – RAPPORTERAS DAGLIGEN-

Rapportdatum: \_\_\_\_\_

Enhet/område: \_\_\_\_\_

Patient

namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

- Vård i livets slut
- Palliativ vård; tillsyn önskas dag helg allt. kväll/natt för bedömning
- Injektionstider, kl. \_\_\_\_ \_
- Instruktion för tjänstgörande sjuksköterska att utföra undersökning till grund för konstaterande av dödsfall har erhållits av läkare: \_\_\_\_\_
- Dödsbevis skrivs av patientansvarig läkare: \_\_\_\_\_
- Anhörig/närstående vill bli uppringda nattetid

Tjänstgörande sjuksköterska/distriktsköterska: \_\_\_\_\_

### Rapport

Se bifogad utskrift av journalanteckning.