



Meddelande från ansvarig läkare till tjänstgörande sjuksköterska vid väntat dödsfall inom SÄBO

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

Fylls i av ansvarig läkare

Patientens namn:	Patientens personnummer:
Namn på SÄBO:	Vårningsplan/avdelning:

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 "Meddelande till bårhuset inför avlämning av avliden" 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:	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
Påträffad död Datum: Klockslag:	
Döden inträdde Datum: Klockslag:	

Identitetskontroll är utförd och patienten är försedd med ID-band enligt riktlinje 9

Leg. sjuksköterska:	Telefonnummer:
---------------------	----------------

Arbetsplats:

OBS! Glöm inte att rapportera dödsfallet elektroniskt via Capio Legevisittens SÄBO-portal!

Kopia på denna blankett överlämnas av tjänstgörande sjuksköterska till ansvarig läkare. Original bifogas hälso- och sjukvårdsjournalen.