



Checklista/åtgärdslista för sjuksköterska vid undersökning för fastställande av väntat dödsfall

Åtgärder i samband med förväntat dödsfall

- Genomför klinisk undersökning enligt nedanstående checklista
- Förse kroppen med identitetsband runt fotled eller handled
- Kontakta behandlingsansvarig läkare (eller den vårdenhet där läkaren tjänstgör) på kontorstid per telefon eller fax, och skicka kopia av checklistan till behandlingsansvarig läkare

Personnummer

Namn

Adress

Patientansvarig läkare

Vårdenhet

Dödsfallet inträffat

ÅÅÅÅ-MM-DD

Tidpunkt/klockslag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

- Ingen palpabel puls
- Inga hörbara hjärtljud
- Ingen spontanandning
- Ljustela pupiller
- ID-band fäst

Datum

Underskrift leg sjuksköterska

Namnförtydligande

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------