

MEDDELANDE TILL LÄKARE AV KLINISK UNDERSÖKNING FÖR FASTSTÄLLANDE AV DÖDSFALL I HEMMET enligt SOSFS 2005:10

Namn:

Personnummer:

Adress:

Fast läkarkontakt:

HC:

Fast vårdkontakt i kommunen:

Jag har genomfört den kliniska undersökningen för fastställande av dödsfallet av
ovanstående person datum

Kl.

Dödsfallet inträffade datum

Kl.

Enligt indirekta kriterier nedan:

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen palpabel puls | <input type="checkbox"/> Ingen spontanandning |
| <input type="checkbox"/> Inga hörbara hjärtljud | <input type="checkbox"/> Ljustela pupiller |

Id-band: Ja

Finns implantat/pumpar som ska tas ut?

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----|-----|------------|
| Pacemaker | <input type="checkbox"/> | Ja | Nej | Avlägsnats |
| ICD | <input type="checkbox"/> | Ja | Nej | |
| Annat explosivt implantat | <input type="checkbox"/> | Ja | Nej | |

Namn:

Leg sjuksköterska

Arbetsplats:

Tel till arbete:

