

Palliativ vårdordination, vårdplan

Namn:

Personnummer:

Checklista för läkare:

vårdplanen förankrad genom brytpunktsamtal
med patienten och/eller närstående

ja

nej

Vårdplan - dokumenterad i Cosmic

- Hjärt-lungräddning skall ej utföras.
- Vårdinsatser i första hand på plats
- Läkarkontakt om otillräcklig symptomlindring och/eller behov av specialiserad (palliativ) vård.
- Läkare kan fastställa döden på den undersökning* som sjuksköterska utfört och behöver inte kontaktas jourtid.

(*undersökningen omfattar: upphörd andning, inga pulsslag, ingen hjärtverksamhet, ljusstela pupiller)

- kompletterande information:

brytpunktsamtalet dokumenterat i journalen

ja

nej

beslut om ej-HLR dokumenterat i journalen
(som uppmärksamhetsinformation)

ja

nej

Sign läkare:

Datum:

Namnförtydligande

Läkemedelsordinationer:

Obs! Fylls i endast om patienten behöver /eller sannolikt inom kort behöver **vård i livets slutskede**
ordinationen gäller därför endast i 4 veckor.

Till opioidnaiva och ffa äldre används de lägre startdoserna som utvärderas och titreras upp efter behov.

Symtom	Läkemedel		Doseringsförslag	Ordination
Smärta	Inj Morfin 10 mg/ml	sc	Opioidbehandlad: 1/6 av parenteral dygnsdos Opioidnaiv 2,5-5 mg	
	Inj OxyNorm 10 mg/ml	sc	Opioidbehandlad: 1/6 av parenteral dygnsdos Opioidnaiv 2,5-5 mg	
Hypersekretion	Inj Robinul 0,2 mg/ml	sc	1-2 ml (0,2-0,4 mg) v b, max 3 ggr/dygn	
Andnöd** vid akut hjärtsvikt	Inj Furix 10 mg/ml	iv, im, sc	2-4 ml (20-40 mg) vid behov	
Oro/Ångest	Stesolid Prefill 5 mg/ml	rektalt	5 mg vid behov max 2 ggr/dygn	
	Inj Midazolam 5 mg/ml	sc	0,5-1 ml (2,5-5 mg) vid behov, max 4-6 ggr/dygn	
Illamående /delirium	Inj Haldol 5 mg/ml	sc	0,2 ml (1mg) 1-3 ggr/dygn	
Illamående	Inj Primperan 5 mg/ml	iv, im, sc	2 ml (10 mg) vid behov max 3 ggr/dygn	

**Andnöd behandlas symtomatiskt i första hand med Morfin, i andra hand Midazolam i doser enligt ovan.

KAD kan sättas av sjuksköterska (läkare meddelas i efterhand)

Sign läkare: _____ Datum:

Obs! Läkemedelsordinationer ska avskrivas i de fall där patientens tillstånd stabiliseras/förbättras.

Om vård i livets slutskede pågår längre än 4 veckor kontakta läkaren (vårdcentral dagtid/bakjour kväll eller natt) och anteckna nedan förlängningen av giltighetstiden för läkemedelsordinationerna samt läkarens namn.

Datum..... Datum..... Datum.....

Skriv ut dokumentet i 2 ex. Ett till kommun-ssk och ett som skannas in i patientens journal och länkas till journalanteckningen