

Dödsfallsenkät 2005 05 01 – 2007 04 30

Svenska palliativregistret Enkät i samband med personens dödsfall.

Ifylles av ansvarig läkare eller sjuksköterska

1. Enhetskod _____ (erhållen efter ifyllande av enhetsenkäten)

2. Namn på den avlidne _____ (tilltalsnamn + efternamn)

3. Personnummer _____

4. Kön man kvinna

5. Datum då den avlidne skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade _____

6. Avliden datum _____

7. Kommer den avlidne genomgå en rättsmedicinsk obduktion? ja nej

Om JA på fråga 7 är enkäten färdig. Underteckna längst ner på nästa sida. Vid dödsfall orsakat av sjukdom besvara även följande frågor.

8. Dödplatsen beskrivs bäst som: kommunalt boende, särskilt boende
 kommunalt boende, korttidsplats
 sjukhusavdelning
 hospice/palliativ slutenvårdsenhet
 eget hem, med stöd av avancerad hemsjukvård
 eget hem, med stöd av basal hemsjukvård
 övrig _____

9. Grundsjukdom som ledde till döden:

- Cancer
- Hjärtsjukdom
- Lungsjukdom
- Demens
- Stroke
- Annan neurologisk sjukdom
- Infektion
- Diabetes
- Övrigt, nämligen _____

10. Vilket datum (före dödsfallet) undersöktes personen senast av läkare? _____

11. Har vårdtagaren/patienten fått information under sjukdomsförloppet om att hon/han var döende?

- nej ja, av läkare ja, av sjuksköterska
 ja, av både läkare och sjuksköterska vet ej

12. Har den dödes närstående fått information om att vårdtagaren/patienten var döende?

- nej ja, av läkare ja, av sjuksköterska
 ja, av både läkare och sjuksköterska vet ej

13. Hur lång tid före dödsfallet tappade vårdtagaren/patienten sin förmåga till självbestämmande?

- timmar dagar veckor månader år vet ej

14. Anser Du att symtomlindringen fungerat sista veckan i livet?

- inte alls delvis nästan helt helt och hållet vet ej

15. Markera om tillämpligt det/de symtom som inte lindrades helt sista veckan i livet.

- Andnöd rosslighet annat _____
 förvirring smärta inga besvärande symtom
 illamående oro/ångest vet ej

16. Hade vårdtagaren/patienten trycksår sista veckan i livet?

- ja nej vet ej

17. Fanns vid behovsläkemedel i injektionsform ordinerade för

- smärta ja nej
rosslighet ja nej
illamående ja nej
oro/ångest ja nej

18. Vilka var närvarande vid dödsögonblicket?

- personal närstående personal och närstående ingen

19. Överrenstämde dödsplatsen med vårdtagarens/patientens tidigare uttalade önskan?

- ja nej vet ej

20. Har närstående haft eller kommer närstående att erbjudas ett särskilt eftersamtal en tid efter dödsfallet?

- ja nej vet ej

21. Är ni nöjda med den vård vid livets slut som ni kunde ge vårdtagaren/patienten?

inte alls delvis nästan helt helt och hållet

22. Dödsfallet var utifrån sjukdomshistorien väntat oväntat vet ej

Ifyllt av _____ (Namn) Datum _____

Läkare sjuksköterska e-postadress _____