

ER DETTE GJELDENDE VERSJON? JA / NEI

Aktuelle versjon er opprettet: dd/mm/åååå

Erstatter tidligere versjon fra (Skriv «Ikke aktuelt», hvis dette er første versjon): dd/mm/åååå

Verdigehetsenteret
OMSORG FOR GAMLE**PALLIATIV PLAN - Veileder****NAVN:****FØDSELSDATA:****Diagnoser:***Før inn aktuelle diagnoser.***Allmennfunksjon/ressurser:***Skriv om pasientens allmenntilstand og funksjonsnivå.***Aktuelt:***Skriv inn det som er aktuelt for pasienten nå, f.eks. spesielle utfordringer i fht. sykdom og behandling, har noe endret seg i det siste, evt. om bo- og familiesituasjon.***Livshistorie og livsprosjekt:***Skriv kort om hva som har vært viktig for pasienten igjennom livet, f.eks. jobb, familie, venner, interesser. Skriv også hva som er viktig for pasienten nå og i tiden fremover, f.eks. om det er noe spesielt pasienten ønsker å bruke tiden sin på, få til eller oppleve.***Åndelige/eksistensielle behov:***Skriv om pasienten har åndelige/eksistensielle behov som det er viktig blir ivaretatt, både før pasienten dør, ved dødens inntreden og i etterkant.***Forhåndssamtaler/etikk (inkl. vurdering av samtykkekompetanse):***Skriv om hva som er tatt opp med pasient og evt. pårørende i forhåndssamtaler. F.eks.: Har pasienten fått all nødvendig informasjon og forstått denne? Har pasienten noen ønsker om hva som skal gjøres hvis akutt og alvorlig sykdom oppstår? Ønsker pasienten å bli innlagt på sykehus? Hvis ja, i alle tilfeller, eller er det situasjoner hvor innleggelse ikke er aktuelt? Har pasienten noen tanker om resten av livet, om døden? Hvor ønsker pasienten å tilbringe den siste tiden av livet sitt? Skriv også om samtykkekompetansen til pasienten er vurdert, og om pasienten kan gi informert samtykke eller om formodet samtykke er kartlagt.***Føringer:***Skriv hvilke beslutninger som er tatt for videre behandling (kan selvsagt endres hvis pasienten senere ombestemmer seg). F.eks. HLR-, ønsker/ønsker ikke sykehusinnleggelse.***Dokumentasjon: (Kun aktuelt hvis elektronisk versjon av Palliativ plan ikke foreligger i journalen.)***Henvis til journalnotat ved ansvarlig lege (navn og dato) for oppsummering av bl.a. forhåndssamtaler/etikk (inkl. vurdering av samtykkekompetanse) og føringer.***Kontaktinformasjon, navn og tlf:**

Nærmeste pårørende:

Primærsykepleier:

Ansvarlig lege:



PALLIATIVE TILTAK I TERMINAL FASE

Ved smerter:

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

Ved dyspné (tung pust):

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

Ved kvalme:

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

Ved uro, angst, panikk, evt. agitert delirium:

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

Ved surkling i øvre luftveier:

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

Ved andre symptomer:

(Preparat, henvis til medikamentkurve for styrke, administrasjonsform og dose)

F.eks. kløe, kramper, urinretensjon, inkontinens, diarré, obstipasjon.

Andre tiltak:

Skriv om f.eks. medikamenter som er unødige eller bidrar til forlengelse av pasientens dødsprosess har blitt seponert, om de lindrende medikamentene skal gis sc. i butterfly, og om evt. bruk av sprøytepumpe.

ERSTATTER DENNE PALLIATIVE PLANEN EN TIDLIGERE VERSJON? JA / NEI

Hvis ja, husk å arkivere tidligere versjon som «Ikke gjeldende». (Se boks øverst på første side.)

Dato og underskrift:

Ansvarlig lege

Primærsykepleier