

5: KARTLEGGINGSSKJEMA FOR DEN PALLIATIVE PASIENTEN

Tilleggsskjema til skjema 3: Første vurderingsbesøk i hjemmet/ på institusjon og skjema 4: Kartleggings skjema ved kreftsykdom

Skriveres ut tosidig, relevant informasjon føres i fagsystemet. Skjema skannes i journal

Navn:	Adresse:
Dato:	Sykepleier:

Mål for oppholdet/ tjenesten:	
Hva mestrer pasienten selv/ viktige aktiviteter?	
Har pasienten forståelse for/ akseptert at han er i en palliativ fase?	
Hva er viktig denne tiden? Hva gir mening/ livskvalitet?	
Pårørende/ nettverk som er av stor betydning for pasienten:	
Gjennomført familiesamtale; jmf. retningslinje/ mal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har pårørende tatt ut pleiepenger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Eventuelt hvem?
Er det etablert kontakt med fastlegen via tf./ e- melding vedrørende palliativ pleie i hjemmet?	Avtalt hjemmebesøk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dato:
Har pasient og pårørende fått informasjon av lege om forventede symptomer og utvikling av sykdommen?	Pasient og pårørende er informert dato: Dato for når informasjon gjentas er påført: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Har lege utarbeidet en skriftlig plan/ ordinasjon ved forverring av tilstand og symptombelastning? (beredskapsplan)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Medikamenter skal alltid ordineres/ doseres av lege!
Dokumentert i fagsystem hvem som kontaktes ved behov for legekonsultasjon.	Fastlege/ sykehjemslege i kontortid som evt. tar kontakt med lege i spesialisthelsetjenesten. Evt. vakthavende onkolog dag/ helg.
Er det gjort avtale med fastlege om han kan/ønsker å bli kontaktes etter kontortid ved endring?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nei Telefonnummer må være tilgjengelig i dokumentasjonssystem
Kontakt med palliativt team på aktuelt sykehus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Symptomregistrering, EACP datasett/ ESAS- r, skal alltid tas i bruk hos den palliative pasienten. Alltid ved forverring i tilstand.	Tatt i bruk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Ført i tiltaksplan (laget system) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Informert fastlege/ sykehjemslege om symptomregistreringer via e- melding; første gang og ellers ved behov/store endringer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dato:
Har lege avklart med pasient/ pårørende mht. livsforlengende behandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dato: Hvem tilstede:
Har lege avklart om det skal utføres hjerte/ lungeredning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dato: Hvem tilstede: Dokumenteres i fagsystemet/ hovedkort.
Hvor ønsker pasienten å dø?	
Er det gjort avtale med fastlege og familie om bekreftelse av død i hjemmet/ sykehjem av helsepersonell ved forventet dødsfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dokumenteres i fagsystem
Laget et system som fanger opp tilbud om etterlattesamtale; jmf. retningslinje/ mal.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei