

Palliativa trygghetsordinationer

Namn och personnummer

Kontakta ordinerande läkare i samband med att ordinationerna börjar ges!

Preparat/indikation	Förslag på dosering	Ordination	Sign
Morfin ® 10 mg/ml, inj. Smärta/dyspné	2,5-10 mg (0,25-1 ml) sc	_____ ml Upprepas vb efter 15 min.	
Haldol ® 5 mg/ml (haloperidol), inj. Illamående/förvirring/ hallucinationer	1-2 mg (0,2-0,4 ml) sc	_____ ml, max 10 mg/dygn. Vid illamående räcker den lägre dosen.	
Midazolam ® 5 mg/ml, inj. Oro/ångest/agitation/kramper	2,5-5 mg (0,5-1 ml) sc	_____ ml Upprepas efter 20 min tills effekt. Vid kramp 0,5-1 ml sc eller buccalt .	
Robinul ® 0,2 mg/ml (glykopyrronium), inj. Plågsam rosslighet	0,2 mg (1 ml)	_____ ml, sc max 4 ggr/dygn Robinul används endast i sen palliativ fas och på medvetandesänkt patient.	
Furix ® 10 mg/ml (furosemid), inj.	20-40 mg iv alternativt sc	_____ ml	

	Ja	Nej
Ordination KAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skall HLR ges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns explosivt implantat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstgörande SSK får utföra den kliniska undersökningen i samband med förväntat dödsfall (<i>SOSFS 2005:10 §5 och 6</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undertecknad läkare ansvarar för att dödsbevis samt dödsorsaksintyg skrivs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

20 ____ - ____ - ____

Underskrift läkare

Namnförtydligande

Dokumentet **trygghetsordinationer** är giltigt t.o.m. 20 ____ - ____ - ____

Trygghetsordinationer förlängs t.o.m.: