

Checkliste ved palliativ og/eller eksperimentel behandling

Patientidentifikation	Label
Behandlingsansvarlig læge	
Plejeansvarlig sygeplejerske/-team	

Information givet* (Plan (konferencebeslutning eller samtale))	Dato	Ja/nej	Ikke relevant	Initialer	Dato	Ja/nej	Ikke relevant	Initialer
Er patienten informeret om palliativ/eksperimentel behandling?								
Er forældrene informeret om palliativ/eksperimentel behandling?								
Er søskende informeret om palliativ/eksperimentel behandling?								
Er brev om åben indlæggelse og transport til stamafdeling udleveret til familien?								
Er brev om åben indlæggelse og transport til stamafdeling uden genoplivning udleveret til familien?								

**) Al information i denne rubrik skal også fremgå af patientjournalen*

Sociale forhold	Dato	Ja/nej	Ikke relevant	Initialer
Kontakt med socialrådgiver etableret?				
Orlov til begge forældre ansøgt?				
Terminaltilskud søgt/modtaget		/		
Indstilling til hospice?				
Skole/RESPECT projekt informeret				

Koordinering	Dato	Kontaktperson Træffetid/telefon	Initialer	Dato	Kontaktperson Træffetid/telefon	Initialer
Hjemmepleje?						
Egen læge informeret?						
Behov for hjælpemidler fra kommunen?						
Henvist til fysioterapi?						
Henvist til palliativ fysioterapi?						
Henvist til ergoterapi?						
Behov for respirationsstøtte i hjemmet?						
Behov for iltbehandling/sug i hjemmet?						

Udgående teams	Dato	Ja/nej	Ikke relevant	Initialer	Dato	Ja/nej	Ikke relevant	Initialer
Hjemmebesøg etableret?								
Kontakt mellem udegående team, Det Palliative Team og hjemmeplejen etableret?								
Hjemmebesøg med behandlingsansvarlig læge/Det Palliative Team og palliationssygeplejerske?								
Hjemmebesøg med anden fagperson?								

Psykolog kontakt	Dato	Ikke relevant	Fra center	Lokalt	FCB	Initialer	Dato	Ikke relevant	Fra center	Lokalt	FCB	Initialer
Psykolog kontakt etableret for patienten ?												
Psykolog kontakt etableret for forældre ?												
Psykolog kontakt etableret for søskende ?												

Særlige ønsker/aftaler med patient/familie	Dato/initialer
--	----------------

Tro/åndelig omsorg	Dato	Ikke relevant	Ja	Nej	Etableret d.	Initialer	Dato.	Ikke relevant	Ja	Nej	Etableret d.	Initialer
Ønskes kontakt til præst (lokal eller sygehus) eller anden religiøs rådgiver?												
Ønskes kontakt til etnisk ressource team?												

Støttebehandling/-undersøgelser	Dato- se journalnotat	Ja/nej	Initialer	Dato- se journalnotat	Ja/nej	Initialer	Dato- se journalnotat	Ja/nej	Initialer
	Indikation for måling af værdier/PEWS?								
Indikation for blodprøver?									
Indikation for transfusion?									
Indikation for væsketerapi / SE / PE?									
Indikation for antibiotika?									

Symptomrettet pleje og behandling*	Dato/initialer	Journalnotat/pleje plan	Dato/ initialer	Journalnotat/pleje plan	Dato/ initialer	Journalnotat/pleje plan	Dato-/ initialer	Journalnotat/pleje plan
Smertebehandling								
Kontakt til Det Palliative Team/ børnesmerteenheden								
Respiration, behov for ilt, nasalsug, trachealsug								
Søvnbesvær, træthed								
Blødningstendens								
Ernæring, væsketerapi								
Diætist								
Nasalsonde								
PEG sonde								
Personlig hygiejne								
Udskillelser, evt. kateterpleje								
Mundpleje								
CVK-pleje								
Mobilisering								
Andet								
Andet								
Andet								
Andet								

**) Enhver ændring i iværksat behandling skal konfereres med behandlingsansvarlig læge/stedfortræder*