

Patientid:

*=ifyllande är obligatoriskt

Vårdgivare

Vårdenhet

Datum och tid

Fast vårdkontakt
Kontaktssk i cancervården

Hjärt- och lungräddning *
☐ Ska utföras
☐ Ska inte utföras
☐ Defibrillering ska utföras
☐ Defibrillering ska inte utföras
☐ Intensivvård ska utföras
☐ Intensivvård ska inte utföras
☐ Invasiv ventilatorbehandling vård ska utföras
☐ Invasiv ventilatorbehandling vård ska inte utföras
☐ Noninvasiv ventilatorbehandling vård ska utföras
☐ Noninvasiv ventilatorbehandling vård ska inte utföras

Datum *
Från och med *
Till och med*

Information
Patientinformation
☐ Ja ☐ Nej
Närståendesamtal
☐ Ja ☐ Nej

Beslutsgrunder
☐ Patientens beslut
☐ Akuta sjukdomstillståndets dåliga prognos
☐ Kroniska sjukdomens dåliga prognos
☐ Terapisvikt