

Evalueringsskjema for bruk av *Smerteskrin* for symptomlindring i livets slutfase

Fylles ut av lege/hjemmesykepleier og returneres i vedlagte konvolutt.

1. Ble smerteskrinet tatt i bruk? Ja / Nei
2. Hvilke medikamenter ble tatt i bruk, og i hvilken rekkefølge? Vennligst oppgi antall doser gitt og hvilket symptom som skulle lindres.

Medikament	Brukt	I nummerert rekkefølge	Antall doser gitt	Mot følgende symptom (skriv stikkord)
<i>Eksempel (Glykopyrrolat)</i>	<i>Ja</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>Surkling i luftveiene</i>
Morfin	Ja / Nei			
Midazolam	Ja / Nei			
Haldol	Ja / Nei			
Glykopyrrolat	Ja / Nei			

3. Forhindret smerteskrinet innleggelse? Ja / Nei
4. Døde pasienten hjemme? Ja / Nei
5. Var det et erklært mål at pasienten skulle dø hjemme? Ja / Nei
6. Hvor mange dager var skrinet i bruk? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7
7. Døde pasienten godt lindret? Ja / Nei
Hvis nei, beskriv på baksiden _____
8. Var det behov for å etterfylle medikamenter i skrinet? Ja / Nei
9. Var det usikkerhet rundt bruken av innholdet i skrinet? Ja / Nei
Hvis ja, beskriv på baksiden _____
10. Ble rekvirerende lege konsultert vedrørende bruken av skrinet? Ja / Nei
11. Medikamenter ble gitt av: hjemmesykepleier / pårørende / andre
12. Kommentarer vedrørende smerteskrinet / utstyr / samarbeid:

TAKK FOR HJELPEN!