



Evalueringsskjema for bruk av Medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase

Fylles ut av lege/hjemmesykepleier og returneres i vedlagte konvolutt.
Skjemaet kan også leveres elektronisk: <https://forms.office.com/e/0NPtttAJWZ>

1. Ble medikamentskrinet 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)
Eksempel (Robinul)	Ja	2	3	Surkling i luftveiene
Morfin	Ja / Nei			
Midazolam	Ja / Nei			
Haldol	Ja / Nei			
Robinul	Ja / Nei			

3. Forhindret medikamentskrinet innleggelse? Ja / Nei
4. Døde pasienten hjemme? Ja / Nei
5. Døde pasienten på sykehjem? Ja / Nei
6. Var det et erklært mål at pasienten skulle dø hjemme? Ja / Nei
7. Hvor mange dager var skrinet i bruk? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7
8. Døde pasienten godt lindret? Ja / Nei

Hvis nei, beskriv på baksiden _____

9. Var det behov for å etterfylle medikamenter i skrinet? Ja / Nei
10. Var det usikkerhet rundt bruken av innholdet i skrinet? Ja / Nei

Hvis ja, beskriv på baksiden _____

11. Ble det lokale / regionale palliative senteret konsultert vedrørende bruken av skrinet? Ja / Nei
12. Medikamenter ble gitt av: hjemmesykepleier / pårørende / andre
13. Kommentarer vedrørende medikamentskrinet / utstyr / samarbeid, bruk også baksiden:



TAKK FOR HJELPEN!

Returadresse: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Helse Bergen HF,
Haukeland universitetssjukehus, postboks 1400, 5021 BERGEN,
e-post: lindrende.behandling@helse-bergen.no