

<p>Namn:</p> <p>Personnummer:</p> <p>Hemort:</p> <p>Dödsdatum: Tid:</p> <p>Dödsfall konstaterat av:</p> <p>Patientansvarig läkare:</p>	<p>B Å R H U S M E D D E L A N D E</p>	<p>Explosivt implantat <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Pacemaker</p> <p><i>Önskas borttagande (krav vid kremation) sänd remiss till obduktion</i> <input type="checkbox"/> ICD Inaktiverad av:</p> <p><input type="checkbox"/> Annat Ange vilket:</p>
		<p>Närstående saknas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
		<p>Smittsam sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
		<p>Cytostatikabehandlad inom 5 dagar innan dödsfallet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
		<p>Klinisk obduktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, sänd remiss snarast. Om besked dröjer, lämna rutor tomma.</p>
		<p>Rättsmedicinsk obduktion övervägs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, har förundersökningsledare kontaktats? Vem:</p>
<p>Plats för dödsfall och patientansvarig enhet</p> <p>Sjukhus Avdelning:</p> <p>Hemmet/Boende Vårdcentral/ Palliativt team:</p> <p>Annan plats: Vårdcentral:</p>	<p>Tillhörigheter (undviks helst) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, ange vilka (även patientens egna kläder)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Meddelande till bårhus/obduktion: _____

Telefon: **Bårhus/Obduktion: 023 49 23 12**

Fax:

023 49 24 25 E-post:

obduktion.falun@ltdalarna.se