



Evaluerings skjema 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://no.surveymonkey.com/r/eval-medskrin>

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) |
|---------------------------|-----------|------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| <i>Eksempel (Robinul)</i> | <i>Ja</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>Surkling i luftveiene</i> |
| 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