

Läkarens namn	Den avlidnes personnummer	
Adress	Namn	
Postnummer Postort	Adress	
Telefon	Postnummer	Postort

Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Förening för Patologi och Svensk Rättsmedicinsk Förening rekommenderar att detta journalblad används vid dödsfall utanför sjukhus och på sjukhusens akutmottagningar.

Journalbladet fylls i av den läkare som har fastställt att döden har inträtt och/eller skall utfärda dödsbeviset. Vad som gäller vid dödsfall framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29). Vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall. Blanketterna för dödsbeviset och dödsorsaksintyget innehåller också upplysningar.

Detta journalblad är en journalhandling. Vid klinisk obduktion lämnas en kopia av journalbladet till obducerande läkare. Vid polisanmälan lämnas en kopia av journalbladet till polisen.

Dödsfallet konstaterades (år, mån, dag och klockslag)	Konstaterandet gjordes på grundval av säkra dödstecken <input type="checkbox"/> av mig <input type="checkbox"/> av annan läkare	Namn på annan läkare
Identifierad av/genom (namn på den som identifierat den avlidne eller annat sätt att identifiera denne)		<input type="checkbox"/> Ej identifierad
ID-band fäst vid höger handled av		

Fyndplatsen

Adress	Beskrivning
Kroppens läge	
Ordning <input type="checkbox"/> Välordnad <input type="checkbox"/> Oordning	Beskrivning
Fynd av mediciner och annat, t ex avskedsbrev	

Yttre besiktning

Kläderna avtagna/lossade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hela huden, ögonens bindehinnor, öron- och näsöppningarna samt munhålan har besiktigats <input type="checkbox"/> utan anmärkning <input type="checkbox"/> med anmärkning
Beskrivning vid anmärkning. Tidpunkt för besiktningen samt uppgift bl a om annan läkare utfört och om kroppen flyttats innan besiktningen slutfördes (se SOSFS 1996:29 s 14) besiktningen	

Sjukhistoria

Sjukdomar
Medicinering
Behandlande läkare
Omständigheter vid dödsfallet, bl a uppgift om eventuellt missbruk
Uppgifterna lämnade av (namn, t ex anhörig eller hertjänstpersonal)

Handläggning

Säkra dödstecken iakttaga av sjuksköterska (endast vid s k förväntade dödsfall, sjuksköterskans namn anges)		
Underrättelse om dödsfallet lämnad till efterlevande av		Namn
<input type="checkbox"/> mig	<input type="checkbox"/> annan	
Efterlevande som har underrättats om dödsfallet (namn)		
Eventuell transport till bårhus av		
Explosivt implantat (t ex pacemaker)		
<input type="checkbox"/> finns ej	<input type="checkbox"/> har avlägsnats	<input type="checkbox"/> har ej avlägsnats
Dödsbevis har utfärdats av		Kopia till journalen!
<input type="checkbox"/> mig	<input type="checkbox"/> annan läkare	
Dödsorsaksintyg har utfärdats av		
<input type="checkbox"/> mig	<input type="checkbox"/> annan läkare	
Klinisk obduktion planeras (se SOFS 1996:28 om villkor, dokumentation m m)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Avgörs senare
Närstående som kontaktats om klinisk obduktion		

Eventuell polisanmälan (ifylls alltid)

Identiteten oklar		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Misstanke om självmord		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Misstanke om olycksfall		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Misstanke om mord, dråp, dödsmisshandling eller dödshjälp		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Missbruk av alkohol, droger, läkemedel		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Framskriden föruttnelse		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Misstanke om samband med fel eller försummelse inom sjukvården		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Anträffad död utan att tidigare sjukdomsbild kan förklara dödsfallet och det är tveksamt om dödsfallet har naturliga orsaker		Specificera
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Polisanmälan gjord (görs om något ja enligt ovan, telefonmeddelande och dödsbevis till polisen)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Ärendet diskuterat med		Namn
<input type="checkbox"/> polisbefäl	<input type="checkbox"/> rättsläkare	<input type="checkbox"/> annan
Tidpunkt när dödsbeviset lämnades till polisen och hur det lämnades samt när polisen lämnade eventuellt meddelande om att rättsmedicinsk undersökning inte skall utföras		

Övrigt

T ex åtgärder med nycklar, värdeföremål, vapen, husdjur etc och åtgärder enligt transplantationslagstiftningen (se SOFS 1997:4)

Underskrift

Ort och datum	Telefon (även riktnr)
Läkarens namnteckning	Telefax (även riktnr)
	E-postadress
Namnförtydligande	Titel