



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

Svensk Förening för allmänmedicin, Svensk Förening för Patologi och Rättsmedicinsk Förening rekommenderar att detta journalblad används vid dödsfall utanför sjukhuset och på sjukhusens akutmottagningar. Journalbladet fylls i av den läkare som har fastställt att döden har inträtt och/eller skall utförda dödsbeviset. Vad som gäller vid dödsfall framgår av Socialstyrelsen 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, dagochklockslag)	Konstaterandet gjordes på grundval av säkradödsstecken <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 identifierat
ID-bandfäst vid höger handled av		

Fyndplatsen

Adress		Beskrivning
Kroppens läge		
Ordning <input type="checkbox"/> Välordnad <input type="checkbox"/> Oordning	Beskrivning	
Fynd av mediciner och annat tex avleds brev		

Yttre beskrivning

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 bla om annan läkare utfört och om kroppen flyttats innan besiktningen slutfördes (se SOSFS 1996:29 s14) besiktningen	

Sjukhistoria

Sjukdomar
Medicinering
Behandlande läkare
Omständigheter vid dödsfallet, bla uppgift om eventuellt missbruk
Uppgifterna lämnade av (namn, tex anhörig eller hemtjänstpersonal)

Handläggning

Säkra dödstecken iakttagen av sjuksköterska (endast vid SK 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 <i>ej</i> avlägsnats	
Dödsbevis har utfärdats av	
<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	
Misstanke av alkohol, droger, läkemedel	Specificera
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Framskriden förruttelse	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