

Pårørendeevaluering

Hvis afdøde var i kontakt med et palliativt team eller et udkørende team fra et hospice, bedes du besvare spørgsmålene på side 2.

Hvis afdøde var indlagt på hospice eller palliativt afsnit/enhed/afdeling bedes du besvare spørgsmålene på side 3.

Hvis afdøde både var i kontakt med et palliativt team eller et udkørende team fra hospice og var indlagt på hospice eller palliativt afsnit/enhed/afdeling bedes du besvare spørgsmålene på både side 2 og side 3.

Hvis du har andre kommentarer til den pleje og behandling, afdøde modtog fra hospice eller palliativt team/afsnit/afdeling, er du meget velkommen til at skrive dem under "Andre kommentarer" på side 3.

Kontakt med et palliativt team (eller et udkørende team fra et hospice) i den periode, hvor afdøde var hjemme eller på plejehjem

Anfør venligst afdødes CPR-nr.: _____

1. Mens afdøde var hjemme og i kontakt med det palliative team/udkørende team:

Hvordan vil du alt i alt bedømme graden af støtte indenfor følgende områder?

	Særdeles god	God	Nogenlunde	Dårlig	Ikke relevant	Ved ikke
a. Smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lindring af åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lindring af forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lindring af andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Støtte/behandling i forhold til tristhed/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Samtale om afdødes ønsker til pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Afklaring af afdødes ønsker til den sidste tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Støtte til dig som pårørende:</u>						
h. Information om pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Inddragelse i beslutninger om pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Følelsesmæssig støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indlæggelse på hospice eller palliativt afsnit/enhed/afdeling

Anfør venligst afdødes CPR-nr.: _____

2. Mens afdøde var indlagt på hospice eller palliativt afsnit/enhed/afdeling:

Hvordan vil du alt i alt bedømme graden af støtte indenfor følgende områder?

	Særdeles god	God	Nogenlunde	Dårlig	Ikke relevant	Ved ikke
a. Smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lindring af åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lindring af forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lindring af andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Støtte/behandling i forhold til tristhed/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Samtale om afdødes ønsker til pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Afklaring af afdødes ønsker til den sidste tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Støtte til dig som pårørende:</u>						
h. Information om pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Inddragelse i beslutninger om pleje og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Følelsesmæssig støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre kommentarer
