

4.4.2 SIGNERINGSLISTA FÖR VID BEHOVSLÄKEMEDEL

Namn:.....Personnr:.....

Enhet:.....Avdelning:.....

Sjuksköterska kontaktas: Innan du ger läkemedlet JA NEJ

Efter att du givit läkemedlet JA NEJ

Övrig viktig information från sjuksköterskan:.....

Läkemedel:.....Beredningsform:.....

Max dos/dygn och

Indikation:..... Tidsintervall:.....

Ordinerad dos

som ska ges:.....

Sjuksköterskan ansvarar för att kontinuerligt följa upp aktuell förbrukning

DATUM	Utställt i skåp, antal läkemedelsdoser	Sjuksköt. signatur	DATUM och tidpunkt	Given dos	Anteckningar – ex. effekt	Signatur för överlämnad ordinerad dos	Antal läkemedelsdoser kvar

DATUM	Utställt i skåp, antal läkemedels-doser	Sjuksköt. signatur	DATUM och tidpunkt	Given dos	Anteckningar – ex. effekt	Signatur för överlämnad ordinerad dos	Antal läkemedels-doser kvar

