6.9.2 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:……...

Indikation:…… Max dos/dygn och Tidsintervall:……...

Ordinerad dos som ska ges:……..

Sjuksköterskan ansvarar för att kontinuerligt följa upp aktuell förbrukning.

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

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