

Socialkontoret
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**LISTA VID BEHOVSMEDICIN**

Enhet: _____

Namn på boende: _____

Personnummer: _____

*Vid behovsmedicinering kan överlämnas till boende efter kontakt med ansvarig distriktssköterska/
sjuksköterska om inget annat är överenskommet***RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA** **EJ RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA** **LÄKEMEDEL:** _____

Orsak/ Indikation/ dos/styrka/ Maxdos: _____

Ordinerande Läkare: _____

Ovan ska **tydlig beskrivning** finnas när läkemedlet ska ges (vid vilket symtom eller indikation) samt vilken styrka/ mängd och antal max administreringar per dygn.

Datum och Klockslag	Symtom	Dos/ mängd	Sign	Resultat efter given medicin och klockslag	Sign

Lämnas till ansvarig distriktssköterska/ sjuksköterska (tillhör patientjournalen)

LISTA VID BEHOVSMEDICIN

Enhet: _____

Namn på boende: _____

Personnummer: _____

Datum och Klockslag	Symtom	Dos/ mängd	Sign	Resultat efter given medicin och klockslag	Sign

Lämnas till ansvarig distriktssköterska/ sjuksköterska (tillhör patientjournalen)