EKERÖ KOMMUN

Bilaga LSS 1:2
Rev. 2024-12-09

Socialförvaltningen
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

SIGNERINGS-LISTA VID BEHOVSMEDICIN

Enhet _____

Namn på boende _____

Personnummer _____

Vid behovsmediciner kan överlämnas till boende efter kontakt med sjuksköterska

LÄKEMEDEL _____
Vid behovsmediciner kan överlämnas till boende utan kontakt med ansvarig distriktssköterska/ sjuksköterska om annat är överenskommet

RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA ☐

EJ RINGA DISTRIKTSSKÖTERSKA/ SJUKSKÖTERSKA ☐

LÄKEMEDEL: _____

Orsak/ Indikation/ dos/styrka/ Maxdos/dygn:
_____

_____

Ordinerat av läkare _____

Datum	Klock.	Symtom	Dos/ mängd	Sign.	Resultat efter medicinen	Sign.

Denna blankett är en journal-handling. Ska arkiveras och sättas in i patientjournalen