



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 NEDAN BESKRIVEN INDIKATION/ SYMTOM KAN OVANSTÅENDE GES

(Det ska tydligt framgå vilken styrka/ mängd och max antal administreringar).

Ordinerat av läkare _____

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