EKERÖ KOMMUN

Bilaga 1:2
Rev. 2024-04-23

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/dygn).

_____

_____

Ordinerat av läkare _____

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

Denna blankett är en journal-handling. Arkiveras och sätts in i patientjournalen