

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

Enhet _____

Namn på boende _____

Personnummer _____

Vid behovsmediciner kan överlämnas till boende;

-
- Efter kontakt med sjuksköterska*
-
-
- inte kontakt med sjuksköterska*

LÄKEMEDEL _____**VID NEDAN BESKRIVEN INDIKATION/ SYMPTOM 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 .