

Signeringslista för läkemedel

 Utfärdat av:

Signatur: _____

Personnummer:
Namn:

Patientansvarig läkare:
Ansvarig sjuksköterska:

År:
Månad:

Utfört av delegerad personal/sjuksköterska	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Levererat dospåsar i läkemedelsskåp/hemmet																																
Levererat originalförpackning i läkemedelsskåp/hemmet																																
Delat upp i dosett enligt ordination																																

Dosett/Dospåse	Klockan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Övriga läkemedel	Klockan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Om inte läkemedel givits ange orsak

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| 1 Inte hemma, t.ex. sjukhus | 2 Fått läkemedel med sig t.ex. permission, egenvård eller anhöriga ger läkemedel | 3 Ej fått sitt läkemedel, tillfälligt utsatt, t.ex. Waran i samband med tandläkarbesök | 4 Ej tagit sitt läkemedel, t.ex. vill ej, sjuk, sover. Rapportera till ssk. Ev. avvikelse rapport |
|------------------------------------|---|---|--|

Signaturförtydligande se baksida

