2017-03-14

Vård- och omsorgsförvaltningen

Signeringslista läkemedel KAF, Kommunalt akutläkemedelsförråd

Läkemedel:

Datum	Tillförd mängd till förrådet	Uttagen mängd från förrådet	Patient, namn och personnummer alt. kontrollräkning	Behållning	Anm. (brist, överskott etc)	Sign

OBS! *Signaturförtydligande = signatur, namn, arbetsplats skall skrivas på baksidan av blanketten*

Dokumentansvarig : MAS