



Signeringslista, Symtomskattning - ESAS

Namn:				Symtomskattning - ESAS <input type="checkbox"/> År _____		
Personnummer:				utförs av sjuksköterska var _____ timma eller vid behov		
Datum	KI	Symtom	Resultat	Åtgärd eller observation	Utvärdering	Sign

OBS! Signaturförtydligande skrivs på baksidan av denna lista