Vård- och omsorgsförvaltningen 2017-03-15

SIGNERINGSLISTA FÖR NARKOTIKAKLASSADE VID BEHOVSMEDICINER

Namn	OBS! Sjuksköterska kontaktas för bedömning innan läkemedel administreras	År
Personnr	Läkemedel vid behov/anledning att ge:	
Enhet		
PAS	Antal doser/tabletter:	
Övrigt:		

Datum	Kl	Åtgärd	Sign	Datum	Kl	Utvärdering	Sign	**Kontroll av narkotikaklassade läkemedel** Tillfört/delat Läkemedel av ssk	Behållning	Sign	Uttag av läkemedel	Behållning Efter uttag	Sign

OBS! Signaturförtydligande= signatur, namn, befattning skall skrivas på baksidan av blanketten
Gråmarkerat fält under kontroll av narkotikaklassade läkemedel fylls i av sjuksköterskan

Dokumentansvarig; MAS