

SIGNERINGSLISTA SONDNÄRING/INFUSION

Namn				Ordination och ev. tillsatser				År, månad	
Personnr								Blad nr	
Enhet								Sondnäring	<input type="checkbox"/>
PAS		PAL						Infusion	<input type="checkbox"/>
Datum	Preparat	Mängd	Påbörjad kl	Droppar/min	Sign.	Avslutad datum	Kasserat ml	Övrigt	Sign.

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

Dokumentansvarig; MAS