

SIGNERINGSLISTA FÖR VID BEHOVSLÄKEMEDEL

Namn	OBS! Kontakta sjuksköterska för bedömning innan dos administreras						År	
Personnr	Läkemedel vid behov/anledning att ge						Blad nr	
Enhet								
PAS	Antal doser/tabletter							
Signerande ssk för iordningsställd dos, dosett								
Datum	Kl.	Problem/orsak	Åtgärd	Sign.	Datum	Kl.	Utvärdering	Sign.

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

Dokumentansvarig: MAS