

**Signeringslista - Läkemedel vid behov****Patientinformation**

Patient/brukarens för- och efternamn	Patient/brukarens personnummer
--------------------------------------	--------------------------------

Läkemedel

Läkemedlets namn	Beredningsform	Styrka
------------------	----------------	--------

Indikationer (när läkemedlet får ges)

Dos	Maxdos och intervall
-----	----------------------

Övrig viktig information från sjuksköterska

Sjuksköterska ska kontaktas:

INNAN du ger läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	EFTER du givit läkemedlet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Fylls i av delegerad personal som överlämnar läkemedlet:

Given dos**Utvärdering**

Datum	Tid	Dos	Sign	Gav läkemedlet önskad effekt?	Tid	Sign
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej/osäker		