

SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDEL VID BEHOV UTAN SSK-kontakt

Patientens namn: _____ Personnummer: _____

Datum	Läkemedlets namn (texta)	Styrka	Dos	Sjuksköterskans namn (Texta)

Indikationer (när läkemedlet får ges)	Maxdos och intervall

Sjuksköterska ska kontaktas: Innan du ger läkemedlet? Nej Efter att du givit läkemedlet? Ja

Beslutat av ansvarig läkare enligt journalanteckning.....

Övrig viktig information från SSK:

Fylls i av delegerad personal som överlämnar läkemedlet				Utvärdering Kontrollera om läkemedlet gav önskad effekt?					
Datum	Tid	Dos	Sign	Ja	Nej	Vet ej/osäker	Kommentar utvärdering av effekt	Tid	Sign
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

Namn	Sign.	Namn	Sign.	Namn	Sign.

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE

Namn	Sign.	Namn	Sign.	Namn	Sign.