HALMSTAD KOMMUN
Hemvårdsförvaltningen

KONTROLLISTA VID BEHOVSLÄKEMEDEL (ENDAST SJUKSKÖTERSKA)

Personnr: **Namn:**

Datum	Nr	Läkemedelsnamn och styrka	Max, dos/dag	Ordination tillämpas vid:	Sign
	1				
	2				
	3				

Datum/Kl	Orsak	Läkem. nr	Dos/Antal	Sign	Resultat/Verkan	Sign
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	
					☐ God ☐ Ringa ☐ Ingen	

HALMSTAD KOMMUN
Hemvårdsförvaltningen