Halmstad
HEMVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Kontrollista för personbunden narkotika på korttiden

Preparat: _____

Ordination: _____

Maxdos/dygn:_____

Orsak: _____

Patient: _____

Personnummer:_____

Denna lista skall föras på läkemedel som räknas till grupp II-V enligt läkemedelsboken. Räknas som journalhandling.

Fylls i av sjuksköterska							
Datum Tid	Orsak	Uttagen mängd	Tillförd mängd	Kasserat	Behållning	Anmärkning Brist/Överskott	Signatur

Halmstad
HEMVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Fylls i av sjuksköterska							
Datum Tid	Orsak	Uttagen mängd	Tillförd mängd	Kasserat	Behållning	Anmärkning Brist/Överskott	Signatur