



TILLFÄLLIGT LÄKEMEDEL

Namn _____ Pnr _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Namn sjuksköterska _____

För information se ordinationshandling och/eller patientjournal



TILLFÄLLIGT LÄKEMEDEL

Namn _____ Pnr _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Läkemedel: _____

Insatt datum: _____ Kl: _____ Till o med: _____

Namn sjuksköterska _____

För information se ordinationshandling och/eller patientjournal