ÖREBRO

SIGNERINGSLISTA ÖREBRO KOMMUN

M = Medskickat patienten. **X** = Ej utfört **Y**= Delvis utfört. OBS Skriv även din signatur

Namn:	**Personnummer:**	Senast ändrad:	**År:** **Månad:**

Sign. iordningställd dos																																	
Typ av insats	**Datum** **Tid**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**
Lämnar dosrulle/hel förp.																																

Instruktion för hur du ska fylla i signeringslista vid driftsstopp:

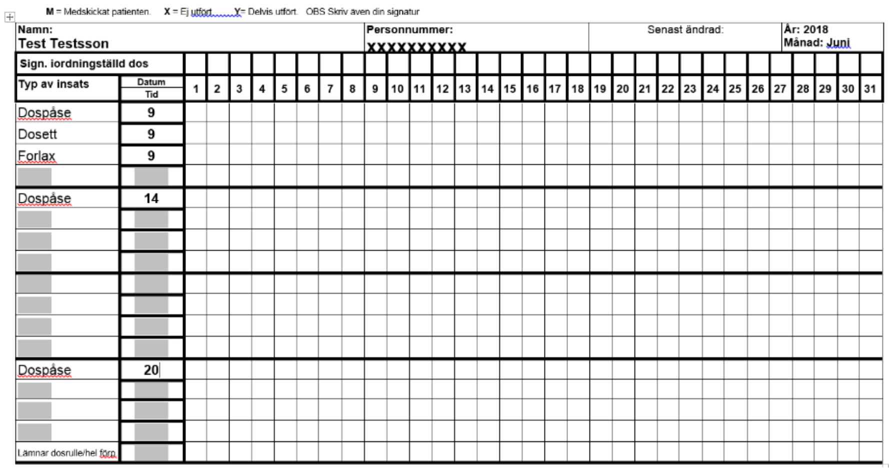
Fyll i följande:

- **Namn och personnummer**
- **År och månad**

- **Typ av insats:**
  Utifrån Ordinationshandlingen ska du fylla i vilka typer av läkemedelsordinationer som är aktuella för en dag, tex:
  - Dospåse
  - Dosett
  - Ögondroppar
  - Inhalation
  - Tarmreglerande läkemedel/läkemedelsnamn (se ordinationshandlingen)
  - Mm

  Vid minsta tveksamhet kontakt sjuksköterska.

- **Tid:**
  Ange tidpunkt för när respektive läkemedelstyp ska administreras.



M = Medskickat patienten. **X** = Ej utfört. **Y** = Delvis utfört. OBS Skriv även din signatur

Namn: Test Testsson	Personnummer: XXXXXXXXXX	Senast ändrad:	År: 2018 Månad: Juni

Sign. iordningställd dos																																
Typ av insats	**Datum / Tid**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**
Dospåse	9																															
Dosett	9																															
Forlax	9																															
Dospåse	14																															
Dospåse	20																															
Lämnar dosrulle/hel förp.																																