Protokoll utförd kontrollräkning - Personbundna läkemedel

Kontrollfrekvensen ska ge möjlighet till full spårbarhet och gäller samtliga personbundna narkotikaklassade läkemedel i originalförpackning och iordningställda vid behovsdoser (i dosett eller läkemedelspåse).

* Kontrollräkning innefattar beställning, leverans, tillförsel, förbrukning och kassation.
* Kontrollräkning ska genomföras minst en gång per månad.
* Utförd kontrollräkning antecknas/signeras i förbrukningsjournal och dokumenteras i detta protokoll som sparas i ett år. Utförs av utsedd sjuksköterska för förråd (ej OAS), annan för läkemedelsskåp i lägenhet och kan vara OAS.
* **Vid brist ska utredning initieras.**

Skriv din signatur i rutan vid genomförd kontrollräkning. Gäller inte vid användning av digital kontrollräkning i signeringssystem.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| År:Månad | Datum | Läkemedels-förråd (rum eller skåp) | Iordningställdavid behovs-läkemedel | Anmärkning |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| År:Månad | Datum | Läkemedels-förråd (rum eller skåp) | Iordningställdavid behovs-läkemedel | Anmärkning |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |