



### Behovsmedicinering

Ordinations  
datum

Preparat

Styrka

--	--	--

Namn:

Personnr:

---



---

År	Datum	Kl	Symtom	Given mängd	Kassera d mängd	Åter- stående mängd	Sign	Kl	Resultat/Effekt	Sign	Tillförd mängd*	Sign*	
Namnförtydligande				Sign	Namnförtydligande				Sign	Namnförtydligande			Sign

Journalhandling

\* Ifylls av sjuksköterska

Listan upprättad av: ..... Datum .....

Rev: 2012-07