



## Behovsmedicinering

Namn:

Personnr:

Orinationsdatum	Preparat	Styrka

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

### Journalhandling

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

\* Ifylls av sjuksköterska

Rev: 2012-07