För tiden:

 ………………………… ------ …………….…………..

 Preparatnamn

 …………………………………………………………...

 Styrka

      …………………………………………………………...

Personnummer Beredningsform

 …………………………………………………………...

 Förpackningsstorlek

      …………………………………………………………...

Namn

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | **Tillförd mängd** **till skåp/förråd**  | **Uttagen mängd till patienten** |  **Antal efter uttag/tillfört** | **Anmärkning (brist/överskott)** | **Signatur** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |