



Beställning av hälso- och sjukvårdsåtgärd - läkemedel

Datum:

Patient Namn och adress	Personnummer

Utförarenhet som ska utföra hälso- och sjukvårdsåtgärd: Ny beställning
 Ändrad beställning
..... Avslutad beställning

Kompetenskrav: utförs endast av personal med delegeringsbeslut för beställd åtgärd.

Specifika klockslag gäller, får inte ändras utan överenskommelse med ordinator.

Åtgärd, klockslag, veckodag
Allmän läkemedelshantering (förutom inhalation och injektion) <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Må <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Lö <input type="checkbox"/> Sö Var.....dag
Inhalationsbehandling – iordningsställa och ge <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Må <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Lö <input type="checkbox"/> Sö Var.....dag
Insulin med insulinpenna <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl.... <input type="checkbox"/> kl.... <input type="checkbox"/> kl.... <input type="checkbox"/> kl.... <input type="checkbox"/> kl.... <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Må <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Lö <input type="checkbox"/> Sö Var.....dag
Blodsockerkontroll <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Må <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Lö <input type="checkbox"/> Sö Var.....dag
Antikoagulantia med förfylld spruta <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Må <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Lö <input type="checkbox"/> Sö Var.....dag

Kommentar.....

Beställningens giltighetstid: Fr.o.m.....T.o.m.....

Beställd av legitimerad sjuksköterska (namn)