# 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 ordinatör.

|  |
| --- |
| Åtgärd, klockslag, veckodag |
| **Allmän läkemedelshantering (förutom inhalation och injektion)**[ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl .... [ ]  kl ....[ ]  Varje dag [ ]  Må [ ] Ti [ ] On [ ] To [ ] Fr [ ] Lö [ ] Sö Var………dag |
| **Inhalationsbehandling – iordningsställa och ge**[ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl ….[ ]  Varje dag [ ]  Må [ ] Ti [ ] On [ ] To [ ] Fr [ ] Lö [ ] Sö Var………dag  |
| **Insulin med insulinpenna**[ ]  kl …. [ ]  kl…. [ ]  kl…. [ ]  kl…. [ ]  kl.... [ ]  kl.... [ ]  kl ….[ ]  Varje dag [ ]  Må [ ] Ti [ ] On [ ] To [ ] Fr [ ] Lö [ ] Sö Var………dag |
| **Blodsockerkontroll**[ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl ….[ ]  Varje dag [ ]  Må [ ] Ti [ ] On [ ] To [ ] Fr [ ] Lö [ ] Sö Var………dag |
| **Antikoagulantia med förfylld spruta**[ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl …. [ ]  kl .... [ ]  kl ….[ ]  Varje dag [ ]  Må [ ] Ti [ ] On [ ] To [ ] Fr [ ] Lö [ ] Sö Var………dag |

**Kommentar………………………………………………………………………………………….**

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

Beställd av legitimerad sjuksköterska (namn) ……………………………………………………….