# 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) ……………………………………………………….