



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) ☐ 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)