

Sondnäring

Helsingborgs lasarett

Avd _____

År _____

Pumpnummer _____

Typ av sond/stomi: _____

Placering – ventrikel / tarm

JOURNALBLAD

Datum	Sondnäring	ml	ml/h	Läkar- sign	Läges- kontroll sign	På- börjad kl	ssk/usk sign	Av- slutad kl	ssk/usk sign	Given mängd ml	Vatten ml	Övrigt