

LÄKEMEDELSSJOURNAL

SYMBOLER

- X = tills vidare utsatt
- O = utsatt
- BME: signatur överkryssad
- = patienten har EJ intagit sin medicin
- År

Berechn, form, läkemedelsnamn, styrka: ifylles av läkare.
Dos, Läk sign: ifylles och skall signeras av ordinerande läkare vid insättning, ändring eller utsättning.
Antal el volym: ifylles av läkare eller ssk.
Ssk: utdelad/intagen dos skall signeras av ssk vid överlämnandet.
Läk sign skall ske vid förnyad lista.

Inrättning/lin/avd/mott

Patientidentitet

| Berechn, form, läkemedel, styrka | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
|--|----|-----|-----|-----|---------------------------|-------|--|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nyrinsatt den / <input type="checkbox"/> pågående beh vid intag | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| Berechn, form, läkemedel, styrka | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| Berechn, form, läkemedel, styrka | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| Berechn, form, läkemedel, styrka | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| Berechn, form, läkemedel, styrka | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nyrinsatt den / <input type="checkbox"/> pågående beh vid intag | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nyrinsatt den / <input type="checkbox"/> pågående beh vid intag | or | inh | rek | utv | pågående beh vid intag | Datum | | Läk sign | | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk | Ssk |
| | | | | | | Dos | | Dos | | | | | | | | | |

LÄKEMEDELSJOURNAL

VARNING! Överkänslighet

Inrättning/linj/avd/mott

Patientidentitet

SYMBOLER:

- X = tills vidare utsatt
- O = utsatt
- BMEI: signatur överkryssad = patienten har EJ intagit sin medicin
- Ar

Beredn, form, läkemedelsnamn, styrka: fylls av läkare.
 Dos, Läk sign: fylls och skall signeras av ordinerande läkare vid insättning, ändring eller utsättning.
 Antal el volym: fylls av läkare eller ssk.
 Ssk: utdelad/intagen dos skall signeras av ssk vid överlämnandet.
 Läk sign skall ske vid förnyad lista.

| Beredn, form, läkemedel, styrka | sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> ep <input type="checkbox"/> | / | pågående beh vid intag <input type="checkbox"/> | Datum | | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk |
|---------------------------------|---|---|---|-------|--|----|-----|----------|----------------|-----|----|-----|----------|----------------|-----|----|-----|----------|----------------|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beredn, form, läkemedel, styrka | sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> ep <input type="checkbox"/> | / | pågående beh vid intag <input type="checkbox"/> | | | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beredn, form, läkemedel, styrka | sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> ep <input type="checkbox"/> | / | pågående beh vid intag <input type="checkbox"/> | | | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beredn, form, läkemedel, styrka | sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> ep <input type="checkbox"/> | / | pågående beh vid intag <input type="checkbox"/> | | | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beredn, form, läkemedel, styrka | sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> ep <input type="checkbox"/> | / | pågående beh vid intag <input type="checkbox"/> | | | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk | KI | Dos | Läk sign | Antal el volym | Ssk |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INFUSIONER

ORDINATION

TILLSÄTTER

ADMINISTRATION

| Ar. Datum | Infusionsvätska | Konc. | Volym ml | Na mmol | K mmol | | | | Infusion ml/h | Läk. sign | Start kl | Sign ssk | Avsl. kl | Given mängd | Sign. ssk | Anmärk- ning | Över- förd till balans Sign. |
|--------------|-----------------|-------|-------------|------------|-----------|--|--|--|------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|----------------|--------------|-----------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |