



SIGNERINGSLISTA LÄKEMEDELSPUMP

Namn	Personnummer
------	--------------

Ordinationsdatum	Signatur	Utsatt datum	Signatur
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka Natriumklorid 9 mg/ml			ml/24h = ml

Ordinationsdatum	Signatur	Utsatt datum	Signatur
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka			ml/24h +
Preparat/styrka Natriumklorid 9 mg/ml			ml/24h = ml

Journalhandling

Dokumentera i vårdplan i patientens journal när signeringslista används.

