Linköping

SIGNERINGSLISTA INFUSION

Namn		Personnummer
Preparat	**Mängd**	**Tid för infusion/hastighet**
Tillsatser		**År**

Datum	Start kl.	Sign	Avslut datum, kl.	Tillförd mängd	Anmärkning	Sign

Journalhandling
Dokumentera i patientjournal när signeringslista infusion används.

Blad_____

Linköping

SIGNERINGSLISTA INFUSION

Namn	Personnummer

Datum	Start kl.	Sign	Avslut datum, kl.	Tillförd mängd	Anmärkning	Sign

Journalhandling
Dokumentera i patientjournal när signeringslista infusion används.

Blad_____

Linköping

SIGNERINGSLISTA INFUSION

Namn	Personnummer

Datum	Start kl.	Sign	Avslut datum, kl.	Tillförd mängd	Anmärkning	Sign

Journalhandling
Dokumentera i patientjournal när signeringslista infusion används.

Blad_____

Linköping

SIGNERINGSLISTA INFUSION

Namn	Personnummer

Datum	Start kl.	Sign	Avslut datum, kl.	Tillförd mängd	Anmärkning	Sign

Journalhandling
Dokumentera i patientjournal när signeringslista infusion används.

Blad_____