Signeringlista vid driftsstopp

Namn: **Personnummer:**

Datum	Tidpunkt	Givet läkemedel (t.ex. apodos, dosett, injektion, ögondroppar, salva, smärtplåster) Utförd övrig insats (t.ex. kompressionsstrumpor, ortos, träning, benlindning, omläggning)	Sign