

Borttagna läkemedelsplåster som ska lämnas till apoteket

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Undertecknad intygar att dessa plåster är kontrollerade mot narkotikajournal och lämnas till apotek:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Namn sjuksköterska |

Byte av läkemedelsplåster

## Arbetsfördelning

***Baspersonal med delegering på att byta läkemedelsplåster***

* Ta av det gamla plåstret och sätt det i en av de tomma rutorna på blankettens förstasida
* Skriv datum och signera i rutan där du satte plåstret
* Sätt på ett nytt plåster. Plåstret ska märkas med datum.
* Signera i signeringslistan både att du tagit av och satt på plåster
* Skriv i narkotikajournalen att du tagit ut plåster

***Sjuksköterska***

* Kontrollräkna narkotika 1 gång/månad
* Jämför blanketten med de använda plåstren och stäm av mot narkotikajournalen
* Lämna blanketten underskriven till Apoteket.