Kartläggning av läkemedel inför läkemedelsgenomgång - Formulär - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Receptbelagda läkemedel, receptfria läkemedel, ögondroppar, naturläkemedel

Namn:_____
Persnr:_____
Utfört av:_____
Datum:_____

Läkemedelsnamn Beredningsform Styrka	Dosering enligt: Patienten	Primärvård	Sjukhus/klinik	Förpackning	Pascal (dosrecept)	Mina sparade recept	Kommentar

Ifyllnadsexempel:

Piggovital Kapsel 75 mg	*1 v b*	*Saknas*	*Utsatt*	*1x1*	*1x1*	

Kommentarer: