Sundsvalls kommun

Rapport

Till sjuksköterska/distriktsköterska Kväll/Natt/DagHelg

Rapportdatum_____

Enhet/område_____

Tjänstgörande
Sjuksköterska/distriktsköterska_____

Patient_____Personnummer_____

- ☐ Injektion/infusion, kl._____ _____ _____ _____ _____ _____
- ☐ Enteral nutrition, kl. _____ _____ _____ _____ _____ _____
- ☐ Omläggning
- ☐ Tillsynsbesök

Rapport

☐ Se bifogat utdrag av journalanteckning

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____