

## Skötsel av läkemedelsförråd – dokumentation

År och månad: \_\_\_\_\_

Datum	Kyltemperatur (1 gång/dag) +2 till +8 °C			Rumstemperatur (1 gång/vecka) +15 till +25 °C			Signatur och ev kommentar
	Värde	Min	Max	Värde	Min	Max	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

**Månadsstäd utfört (datum/signatur):**

Vätskevagn: \_\_\_\_\_

Hyllor/skåp: \_\_\_\_\_

Kyl: \_\_\_\_\_

**Inventering/hållbarhetskontroll, inkluderande läkemedel som förvaras utanför förrådet, till exempel akutväska – utfört (datum/signatur):**

\_\_\_\_\_

**Avvikelser**

Vid avvikelser kontaktas läkemedelsansvarig sjuksköterska som skriver en kommentar, samt gör en bedömning om enhetschef alternativt verksamhetschef behöver ta ställning till avvikelsen.

**Arkivering**

Sparas i 1 år efter sista anteckningen.

Detta dokument är en bilaga till Handbok för läkemedelshantering.