

Avd	Seng	Navn	Fødselsdato	Utført (dato, sign)	Følges opp (dato sign)
-----	------	------	-------------	---------------------	------------------------

**Aktuell legemiddelliste (etter lmkurve)**     **Frikort**    Ja    Nei     **Korrekt lmk liste**     **Håndter. lmk selv**

Pasient håndterer lmk selv? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei			Multidose? <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Ja, versjon		Dosering*			Problem (x) Ikke problem (✓)		
Dat IN	Legemiddel, beredningsform, styrke	Dosering	Kommentar	Dat UT			Korrekt	Ind	EL	UF

\* Info fra; pasient (P), pårørende (PR), fastlege (F), kommunehelsetj. (KHT), multidose (M), FarmaPro (FP), sykehusjournal (J)

**Annent info fra samtalen**


**Tar du noen andre legemiddel?**    smerte    hjerte    mage    søvn    diabetes    skjellett    humøret    øyedråper    inhalasjonslmm    injeksjoner    stikkpiller/vagitorier    prevensjons lmm    krem/plaster    reseptfrie lmm    naturlmm/helsekost  
 lmm som ikke tas daglig    ved behov. Hvor ofte tar du dem?(regelmessig?)    i forbindelse med innleggelse avsluttede lmm

**Håndteringsproblem?**    svelge; knuse/dele    få lmm ut av pakningen    inhalere    huske å ta lmm

**Bivirkninger/Allergier?**

<input type="checkbox"/> <b>Samtykke til uttak fra FP:</b>	
Apotek:	
<b>Dato</b>	<b>Sign</b>