OSBY KOMMUN
VÅRD & OMSORG

Signeringslista vid insulingivning

OBS! Kontrollera alltid signeringslistan före insulingivning

Personnummer	Vårdtagare	År	Månad	Upprättad av sjuksköterska:

Avskrift av ordination ska verifieras och signeras av två sjuksköterskor

Insulin	Ordination/ dosering	Klockan	Injektionsställe	Insulinet ges av:	Datum	Dubbelsigneras av annan ssk
				☐ usk ☐ ssk		
				☐ usk ☐ ssk		
				☐ usk ☐ ssk		
				☐ usk ☐ ssk		
				☐ usk ☐ ssk		

Ordination för signering — Datum – signera insulingivningen

Insulin	Dosering	Klockan	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

Skriv in blodsockervärdet och signera strax under — ☐ Extra provtagningslista för blodsockerkontroller finns

		Klockan	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
Blodsockerkontr.	mmol/l																																
		Signum																															
Blodsockerkontr.	mmol/l																																
		Signum																															
Blodsockerkontr.	mmol/l																																
		Signum																															
Blodsockerkontr.	mmol/l																																
		Signum																															

Avvikelse vid insulingivning: 1 + sign = ordinerat uppehåll,