



# Kontrollista för Insulin

Pers.nr: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

År: \_\_\_\_\_ Månad: \_\_\_\_\_

Ordination: **Se Dosrecept/Läkemedelslista**

Övrigt:

Dag	kl.			kl.			kl.			Kl.			kl.		
	Kl.	Enhet	Sign	Kl.	Enhet	Sign	Kl.	Enhet	Sign	Kl.	Enhet	Sign	Kl.	Enhet	Sign
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															