



# NARKOTIKAJOURNAL

För perioden:.....-.....

Namn:.....

Personnr:.....

Preparatnamn:.....

Beredningsform:.....

Styrka:.....

Datum	Påfylld mängd	Given mängd	Behållning	Anmärkning	Namn/Signatur

Vid avslut, fulltecknad lista eller insamling av begagnade läkemedelsplåster: Dra ett streck över ev. oanvända rader och signera behållningen nedan. Återlämna överbliven medicin till apotek enligt rutin Lokal läkemedelshantering

Datum	Behållning	Anmärkning	Sign. SSK 1	Sign. SSK 2

Mottaget av Apotek:.....Datum:.....