Protokoll utförd kontrollräkning akut- och buffertläkemedel

Kontrollfrekvensen ska ge möjlighet till full spårbarhet och gäller samtliga narkotikaklassade läkemedel i akut och buffertläkemedelsförrådet.

* Kontrollräkning innefattar beställning, tillförsel, förbrukning och kassation.
* Kontrollräkning ska genomföras minst en gång per månad.
* Utförd kontrollräkning antecknas med röd penna i respektive förbrukningsjournal och dokumenteras i detta protokoll som sparas i ett år.
* Vid brist ska utredning initieras.

Skriv din signatur i rutan vid genomförd kontrollräkning av samtliga narkotikaklassade läkemedel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| År:  Månad: | Datum | Signatur (ej beställare) | Anmärkning |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| År:  Månad: | Datum | Signatur (ej beställare) | Anmärkning |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |