**Kontroll av förbrukningen av narkotiska läkemedel – protokoll för dokumentation**

**Enhet:** *Ange enhetens namn*

**Ordinarie kontrollant(er) av förbrukningen av narkotiska läkemedel:***Ange sjuksköterskornas namn*

**Reservkontrollant(er) vid ordinaries frånvaro:***Ange sjuksköterskornas namn*

**Kontroll ska genomföras:** *ange hur ofta kontrollerna ska genomföras*

**Kontrollernas innehåll:** *ange här vad som ska kontrolleras vid varje tillfälle*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Status** | **Signatur** | **Anmärkning/Åtgärd** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |