Bijlage 4 Toedienlijst medicatie

Andere toedienlijst (bv van eigen organisatie) mag ook gebruikt worden.
Deze lijst hoeft niet retour naar apotheek.

Naam patiënt: Geboortedatum:
Verwijzend arts:

**Morfine 10 mg/ml**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Tijdstip** | **Aantal mg** | **Naam + paraaf medewerker** |  | **Datum** | **Tijdstip** | **Aantal mg** | **Naam + paraaf medewerker** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Midazolam 5 mg/ml**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Tijdstip** | **Aantal mg** | **Naam + paraaf medewerker** |  | **Datum** | **Tijdstip** | **Aantal mg** | **Naam + paraaf medewerker** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |