Behovsmedisin kan føres på dette skjemaet eller på virksomhetens egen behovskurve.

Dokumentasjon for utleverte doser – behovsmedisin
Pas. navn_____Pas. f. dato_____

DATO	KL.	LEGEMIDDELNAVN OG -FORM	ADM. MÅTE	GITT DOSE	SIGN. SPL.	SIGN. SPL.	EFFEKT	SIGN.