Region Uppsala

Avbrottsjournal vårddokumentation slutenvård Epikris

Uppmärksamhetsinformation

Överkänslighet: _____

_____

Behandling/tillstånd: _____

_____

_____

Smitta: _____

_____

Vårdrutinavvikelse: _____

_____

_____

Namn, Personnummer

_____

_____

Samtycke till annan vårdgivares journal

☐ JA ☐ NEJ

Samtycker till informationsutbyte

☐ JA ☐ NEJ

Vårdtid: _____

Epikris

Sökord		Yrkes-kategori	Datum/tid	Anv.namn /Sing

Sökord		Yrkes-kategori	Datum/tid	Anv.namn /Sign

Utskrivningsdatum:_____-____-____ (år-mån-dag)

Utskrivande läkare: **Medicinskt ansvarig enhet:**

Ansvarig sjuksköterska: **Vårdande enhet:**