

Signeringslista för utförd kontroll och städning av kyl och läkemedelsförråd

| Datum | Utfört kontroll av temperatur i kyl (ange grader) | Utfört kontroll av temperatur i förråd (ange grader) | Utfört städning av kyl och/eller läkemedelsförråd | Kasserat utgångna läkemedel | Namn på sjuksköterska och signatur |
|-------|---|--|---|-----------------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |