# Individuell riskbedömning hos kund gällande förvaring av läkemedel utanför låst läkemedelsskåp. En bedömning för varje läkemedel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientens namn och personnummer** | **Läkemedlets (namn, styrka, beredningsform mm)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Riskfaktorer som påverkar risken för förvaringen** | **Finns risk JA / NEJ** | **Skattning av risk**  | **Åtgärd** |
|  | **JA** | **NEJ** | **Låg** | **Medel** | **Hög** |  |
| **Överdosering** |  |  |  |  |  |  |
| **Underdosering** |  |  |  |  |  |  |
| **Hygieniska aspekter** |  |  |  |  |  |  |
| **Spill** |  |  |  |  |  |  |
| **Felhantering** |  |  |  |  |  |  |
| **Smittorisk** |  |  |  |  |  |  |
| **Förväxling** |  |  |  |  |  |  |
| **Handhavandeproblematik** |  |  |  |  |  |  |
| **Temperaturförhållanden** |  |  |  |  |  |  |
| **Generika** |  |  |  |  |  |  |
| **Åtkomst av ej delegerad personal** |  |  |  |  |  |  |
| **Övrig identifierad risk**  |  |  |  |  |  |  |

**Signatur ansvarig sjuksköterska­­­­­­­­­­­­­­:**