

Signeringslista för omkuffning av gastrostomi

Namn: _____ Personnummer: _____ År: _____

Kuffas om enl. gällande riktlinjer med: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Januari																															
Februari																															
Mars																															
April																															
Maj																															
Juni																															
Juli																															
Augusti																															
September																															
Oktober																															
November																															
December																															

Avvikelser och övrig information skrivs in i vårdplan.