

## Antibiotikarevision – Profylax

Välj det ingrepp som ska granskas:

Åtgärdskod: \_\_\_\_\_

Journal nummer: \_\_\_\_\_

|                           | Ja | Nej |
|---------------------------|----|-----|
| Antibiotikaval enligt PM? |    |     |
| Givet i rätt tid?         |    |     |
| Avslutad enligt PM?       |    |     |
| Adekvat dokumenterat?     |    |     |