

**DATUM:***Ifylles dagligen av omvårdnadspersonal på avdelningen***Avdelning**

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

**DATUM:***Ifylles dagligen av omvårdnadspersonal på avdelningen***Avdelning**

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Pat. Namn:</b>      |                          |
| <b>Pers. nr:</b>       |                          |
| Feber                  | <input type="checkbox"/> |
| Hosta                  | <input type="checkbox"/> |
| Andningsbesvär         | <input type="checkbox"/> |
| Snuva                  | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk              | <input type="checkbox"/> |
| Värk i muskler o leder | <input type="checkbox"/> |
| Halsont                | <input type="checkbox"/> |
| Illamående             | <input type="checkbox"/> |
| Diarré                 | <input type="checkbox"/> |
| Annat nytillkommet     | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>                  |                          |