

Formulär: sömnmedicinnedtrappning

Namn: _____

Datum: _____

Aktuella sömnmediciner: _____

Vilken eller vilka ska trappas ned?: _____

Kommentarer: _____

Planering nedtrappning (*füll i alla veckor tills dosen och frekvensen är 0, justera vid behov efter hand*):

Vecka	Sömnmedicin	Frekvens (hur ofta)	Tidpunkt (klockslag)	Dos

Om du behöver, gör gärna fler steg i nedtrappningen.

Denna plan är avstämd med förskrivande läkare.

Datum:

Signatur förskrivande läkare

Namnförtydligande