

Astmabehandling

Pnr _____ Namn _____

Underhållsbehandling:				
Läkemedel	Styrka	Morgon	Lunch	Kväll
Behandling vid luftvägsinfektion / försämring				
Läkemedel	Styrka	Morgon	Lunch	Kväll
Kommentar				
Behandling innan ansträngning				
Läkemedel	Styrka			
Akutbehandling				
Läkemedel	Styrka	Morgon	Lunch	Kväll
Kommentar				

Övriga kommentarer:

Datum:

Ansvarig läkare: