

## Cytostatika/monoklonala antikroppar [ToB Sunderbyn]

\*Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*		Patient*	
GLN-kod Leveransadress*		Namn:.....	
GLN-kod Kostnadsställe*		Önskat leveransdatum/-tid*	Administreringsdag/-tid*
Telefon*		<input type="checkbox"/> <b>Express</b> Ska föregås av telefonsamtal. Ev. bud bekostas avdelningen.	
Om Abonnemang önskas fylls denna rutan i. Obs abonnemang måste vara regelbundna och inte vid behov.			
<input type="checkbox"/> <b>Abonnemang</b> Varje: ..... Startdatum: ..... Slutdatum: ..... (max 1 år)			

Substans och dos/dosering* (vid önskan om specifik tillverkare ange även läkemedelsnamn)			
Administreringssätt* (t.ex. iv, sc, epiduralt)	<input type="checkbox"/> <b>Nej till NRFit</b> (val vid epidural eller intratekal adm)	Behandlingen ges under* (min/h)	
<input type="checkbox"/> <b>Elastomerisk pump</b> Typ:..... Volym/vätska:.....		<input type="checkbox"/> <b>Infusionspåse</b> Infusion i ..... ml <input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml <input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml Tillbehör: <input type="checkbox"/> Connect set <input type="checkbox"/> Connect set med filter <input type="checkbox"/> Infusomat space line <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Annat:.....	
<input type="checkbox"/> <b>Spruta</b> <input type="checkbox"/> <b>Ögondropsflaska</b> Volym/vätska:.....			
Antal*	Övrigt		

Ordinerande läkare namn*	
Behörig beställare namn, namnteckning*	Datum*