

Beställning recepttillverkning övrigt [ToB Sunderbyn]

*Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*	Patient*
Administreringsdag/-tid*	Namn:.....
Telefon beställande enhet*	Personnummer:.....
	Telefon till patient*

Om Abonnemang önskas fylls denna rutan i. Obs abonnemang måste vara regelbundna och inte vid behov.

Abonnemang 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"/> Nej till NRFit (val vid epidural eller intratekal adm)
<input type="checkbox"/> Kassett till Deltec CADD infusionspump	Behandlingen ges under* (min/h)
<input type="checkbox"/> 50 ml	<input type="checkbox"/> Infusionspåse
<input type="checkbox"/> 100 ml	Infusion i ml
<input type="checkbox"/> Elastomerisk pump	<input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml
Typ:.....	<input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml
Volym/vätska:.....	<input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition (ange näringslösning, t.ex Numeta G13, SmofKabiven 1600 kcal, Vaminolac)
<input type="checkbox"/> Spruta
Volym/vätska:.....	Tillbehör
Antal*	<input type="checkbox"/> Connect set
Behörig förskrivare namn*	<input type="checkbox"/> Connect set med filter
	<input type="checkbox"/> Infusomat space line
Datum*	<input type="checkbox"/> Inget
	<input type="checkbox"/> Annat:.....
	Behörig beställare namn, namnteckning*
	Övrigt

Leveransinformation

<input type="checkbox"/> Avhämtning ApoEx Sunderbyn	Ange mottagare (Hälsocentral/avdelning/mottagning samt ort)
<input type="checkbox"/> Hälsocentral
<input type="checkbox"/> Avdelning/mottagning	
Transport/upphämtning från ApoEx	GLN-kod mottagare
Datum:..... Tid:.....