

Steril tillverkning övrigt [ToB Sunderbyn]

*Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*		Patient*	
GLN-kod Leveransadress*		Namn:.....	
GLN-kod Kostnadsställe*		Personnummer:.....	
Telefon*		Önskat leveransdatum/-tid*	Administreringsdag/-tid*
		<input type="checkbox"/> Express 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"/> Abonnemang Varje: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			

Substans och dos/dosering* (vid önskan om specifik tillverkare ange även läkemedelsnamn)		
Administreringsätt* (t.ex. iv, sc, epiduralt)	<input type="checkbox"/> Nej till NRFit (val vid epidural eller intratekal adm)	Behandlingen ges under* (min/h)
<input type="checkbox"/> Kassett till Deltec CADD infusionspump		<input type="checkbox"/> Infusionspåse Infusion i ml <input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml <input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition (ange näringslösning, t.ex Numeta G13, SmofKabiven 1600 kcal, Vaminolac) 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"/> 50 ml		
<input type="checkbox"/> 100 ml		
<input type="checkbox"/> Elastomerisk pump		
Typ:.....		
Volym/vätska:.....		
<input type="checkbox"/> Spruta		
<input type="checkbox"/> Ögondroppsfaska		
Volym/vätska:.....		
Antal*		Övrigt

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