

Leveransuppgifter

| | | | |
|---|------------------------------|---------------|---------------|
| Sjukhus | Kundnummer | | |
| Vårdenhet | Telefon | | |
| Debiteras (om annan än beställande enhet) | Beställningsdatum: _____ | | |
| | *Önskat leveransdatum: _____ | | |
| Stående beställning | Leveransintervall: _____ | Fr.o.m: _____ | T.o.m.: _____ |

Patientuppgifter (vid patientbunden beredning)

| | |
|--------------|------|
| Personnummer | Namn |
|--------------|------|

Läkemedelsuppgifter

| | |
|---|---|
| Läkemedel, ev. infusionsvätska, ev dosering | Dos eller koncentration |
| Administreringsätt | Volym/förpackning |
| IV Subkutant Intratekalt Epiduralt | |
| Intramuskulärt Annat: _____ | Antal förpackningar _____ |
| Beredningstyp | |
| Infusionspåse | |
| Kassett (CADD) | |
| Elastomerisk pump | Ange ambulatoriskt system: Intermate Easypump |
| | Infusionstid: _____ Infusionshastighet: _____ |
| Spruta | |
| TPN Tillsats | TPN Grund Komposition bifogas separat |
| Annat: | |

Ordinerande läkare: _____

Namnförtydligande: _____

Övrig information (t.ex. behandlingsstart, doseringsintervall):

*Ledtider: Enligt avtal

Underskrift av behörig beställare

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Yrkestitel