

Steril tillverkning övrigt [ToB Umeå]

*Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*	Patient	Expedition ska göras via patientens recept*
GLN-kod Leveransadress*	Namn:.....	☐ Ja
GLN-kod Kostnadsställe*	Personnummer:.....	☐ Nej
GLN-kod Kostnadsställe*	Önskat leveransdatum/-tid*	Administreringsdag/-tid*
Telefon* (även mail om abonnemang)	☐ 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.		
☐ 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)	☐ Nej till NRFit (val vid epidural eller intratekal adm)	Behandlingen ges under* (min/h)
☐ Kassett till Deltec CADD infusionspump		☐ Infusionspåse
☐ 50 ml		Infusion i ml
☐ 100 ml		☐ NaCl 9 mg/ml
☐ Elastomerisk pump		☐ Glukos 50 mg/ml
Typ:.....		Tillbehör
Volym/vätska:.....		☐ Connect set
☐ Spruta		☐ Inget
☐ Ögondroppsflaska		☐ Annat:.....
Volym/vätska:.....		
Antal*	Övrigt	

Ordinerande läkare namn*

Behörig beställare namn, namnteckning*

Datum*