

Sterilbeställning övrigt

* Uppgifter måste anges på beställningen

Beställande avdelning och sjukhus*		Patient (födelsedatum och namn)	Receipt finns <input type="checkbox"/>
GLN-kod Kostnadsställe*		
GLN-kod Leveransadress (om leveransadress skiljer sig från kostnadsstället)		Önskat leveransdatum*	Tid
Telefon*		<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)			

Komposition*	Admin.sätt*	Volym*	Beredningsform*	Antal*
Läkemedel, dos, spädningsvätska	t ex iv, sc, epiduralt		<input type="checkbox"/> Spruta <input type="checkbox"/> EJ NRFit <input type="checkbox"/> Infusionspåse Om Infusionspåse: <input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Pump Typ: <input type="checkbox"/> Ögondroppsfaska <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Övrigt	
Övrigt				

Behörig förskrivare:* Namn		
Behörig beställare:* Namnteckning	Datum*	Namnförtydligande*