

## Sterilbeställning Desferal

Beställande avdelning .....	Patient (födelsedatum och namn) .....	
Sjukhus .....		
GLN-kod/Kundnummer .....	Önskat leveransdatum .....	Tid .....
Telefon / Fax .....	<input type="checkbox"/> <b>Express</b> 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"/> <b>Abonnemang</b> Varje ..... Startdatum: ..... Slutdatum: ..... (max 1 år)		

Läkemedel ..... ..... .....	<b>Styrka</b> <input type="checkbox"/> 4 g/96 h <input type="checkbox"/> 6 g/96 h <input type="checkbox"/> 8 g/ 96h <input type="checkbox"/> ____g / ____ h
Administreringssätt (t.ex. iv, sc, epiduralt) .....	<b>Antal</b> .....
Övrigt	

Behörig förskrivare: Namn		
Behörig beställare: Namnteckning	Datum	Namnförtydligande