

Leveransuppgifter

Sjukhus	Skickas	Till: _____

Vårdenhet		

Telefon		

Debiteras (om annan än beställande enhet/län)	Hämtas (efter ö.k. med beredningsenh.):	
_____	Datum: _____	Tid: _____

Patientuppgifter

Personnummer	Namn		
_____	_____		
Grunddos (ex.mg/m ²)	Vikt	Kroppsyta	GFR
_____	_____	_____	_____

Läkemedelsuppgifter

Behandlingsdatum: _____	KI: _____	
Läkemedel: _____	Dos: _____	
Om flera läkemedel i samma beredning:		
Läkemedel: _____		
Dos: _____		
Läkemedel: _____		
Dos: _____		

Inf.vätska: _____	Volym: _____	
Infusionstid: _____		
Adm.sätt: IV	Annat: _____	
Beredningsform: Spruta	Infusionspåse	Ambulatoriskt system

Ordinerande läkare: _____

Namnförtydligande: _____

Övrig information (t.ex. annan beredningsform):

_____**Underskrift av behörig beställare**