

Leveransuppgifter

Sjukhus	Skickas Till: _____
Vårdenhet	Leverans inom US (bokas av beställande enhet):
Telefon	Datum: _____ Tid: _____
Debiteras (om annan än beställande enhet)	Leverans utanför US:
	Datum: _____ Tid: _____
	Hämtas (efter ö.k. med beredningsenh.):
	Datum: _____ Tid: _____
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: Infusor Intermate Homepump Easypump	
Infusionstid: _____ Infusionshastighet: _____	
Spruta	_____
TPN Tillsats TPN Grund Komposition bifogas separat	
Ögondroppar	_____

Ordinerande läkare: _____

Namnförtydligande: _____

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

Underskrift av behörig beställare

Datum Namnteckning Namnförtydligande Yrkestitel