

Sterilbeställning smärtpåsar / kassetter

| | | |
|---|--|--------------|
| Beställande avdelning | Patient (födelsedatum och namn) | |
| Sjukhus | | |
| GLN-kod/Kundnummer | Önskat leveransdatum | Tid |
| Telefon / Fax | <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) | | |

| | |
|--|---|
| Läkemedel | Styrka |
| Administreringsätt (t.ex. iv, sc, epiduralt) | Antal |
| Kassett till Deltec CADD infusionspump <input type="checkbox"/> 50 ml <input type="checkbox"/> 100 ml | Infusionspåse Infusion i ml <input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml <input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml <input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Annat |
| Övrigt | |

| | | |
|----------------------------------|-------|-------------------|
| Behörig förskrivare: Namn | | |
| Behörig beställare: Namnteckning | Datum | Namnförtydligande |