

Sterilbeställning smärtpåsar / kassetter

* 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)			

Läkemedel*	Koncentration*
.....
.....
.....
Administreringssätt* (t.ex. iv, sc, epiduralt, intratekalt)	Antal*
..... EJ NRFit <input type="checkbox"/>
Kassett till PCA-pump (patient controlled analgesia)	Infusionspåse
<input type="checkbox"/> 50 ml	Infusion i ml
<input type="checkbox"/> 100 ml	<input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml
Spädningsvätska	<input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml
<input type="checkbox"/> NaCl 9 mg/ml	<input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Annat
<input type="checkbox"/> Glukos 50 mg/ml	
Tillval	
<input type="checkbox"/> Förlängningsslang	
Övrigt	

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