STERIL BESTÄLLNING **ELASTOMERISK PUMP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beställande enhet (stad måste anges)**      | **Patient (födelsedatum och namn)**           |
| **GLN kod för betalande enhet**      |
| **GLN kod för mottagande enhet (leveransadress)(anges om mott. enhet skiljer sig från betalande enhet)**      | **Leveransalternativ**(Kryssa till höger)**Leveransdatum:**      | [ ]  **N1** Normallev. kl **12.00** till lastkaj (Beställning senast kl.12.00 dagen innan)[ ]  **N1** Normallev. kl **15.00** till lastkaj (Beställning senast kl.15.30 dagen innan)[ ]  **N1** Normallev. direkt till avdelning (lev inom 24 timmar från best., avd. betalar transport)Leveranstid:      [ ]  **N2** Normallev. **15.00** till lastkaj (Beställning senast kl.09.00 samma dag)[ ]  **Express** - Föregås av telefonsamtal (tel. 010 10 15 062, ev. transport bekostas av avd.)Leveranstid:      [ ]  **Övrigt** - lev till patient el vårdcentral, endast vid recept (ange adress i fältet övrigt) |
| **Telefon**      |
| **Övrigt (adress och telefonnummer vid leverans till patient eller annan information)**      |
|
|
| Om upprepad beställning önskas fylls denna ruta i. Obs upprepade beställningar måste vara regelbundna och inte vid behov. [ ]  **Upprepad beställning**  **Önskad leveransdag:**       **Startdatum:**       **Slutdatum:**        **(max 1 år)**  |
| Om recept finns[ ]   **Recept**  **utfärdat datum:**       **av läkare:**       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Komposition**  | **Admin.sätt** | **Elastomerisk pump**  | **Volym och Antal** |
| A. Läkemedel/substans     Dos       Spädningsvätska[ ]  **Glukos 50 mg/ml** [ ]  **Natriumklorid 9 mg/ml**Första admin. datum       | [ ]  **intravenös**[ ]  **subkutan** | [ ]  **Homepump**[ ]  **Baxter pump (Intermate/Folfusor/Infusor)**[ ]  **ON-Q Painbuster****Infusionshastighet**      **ml/h** | **Fyllnadsvolym**      **ml****Antal doser/dygn**      |
|
|
| **Antal pumpar**      |
|
|
| B. Läkemedel/substans     Dos     Spädningsvätska[ ]  **Glukos 50 mg/ml** [ ]  **Natriumklorid 9 mg/ml**Första admin. datum       | [ ]  **intravenös**[ ]  **subkutan** | [ ]  **Homepump**[ ]  **Baxter pump (Intermate/Folfusor/Infusor)**[ ]  **ON-Q Painbuster****Infusionshastighet**      **ml/h** | **Fyllnadsvolym**      **ml****Antal doser/dygn**      |
|
|
| **Antal pumpar**      |
|
|

|  |
| --- |
| **Ordinerande läkare: Namn**      |
| **Behörig beställare: Namnteckning** | **Datum**      | **Namnförtydligande**      |