

Sjukhus		GLN/Kundnummer	
Vårdenhet		Telefon	Ansvar/Kostnadsställe
Beställningsdatum	Önskad leverans - Datum och klockslag:		☐ Express - föregås av telefonsamtal

Patientuppgifter

Personnummer	Namn		
Regim:	Vikt:	Kroppsyta:	GFR:

Läkemedelsuppgifter

Läkemedel 1	Administreringssätt	Beredningsform	Volym och antal
Dos	☐ intravenös ☐ subkutan ☐ intratekal* ☐ annat	☐ Spruta ☐ Infusionspåse Aggregat: ☐ ConnectZ ☐ Annat: _____ ☐ Elastomerisk pump Infusionstid: _____	Volym: _____ ml Antal: _____
Spädningsvätska: ☐ Glukos 50 mg/ml ☐ Natriumklorid 9 mg/ml	*NRFit ☐ JA ☐ NEJ		
Läkemedel 2	☐ intravenös ☐ subkutan ☐ intratekal* ☐ annat	☐ Spruta ☐ Infusionspåse Aggregat: ☐ ConnectZ ☐ Annat: _____ ☐ Elastomerisk pump Infusionstid: _____	Volym: _____ ml Antal: _____
Dos			
Spädningsvätska: ☐ Glukos 50 mg/ml ☐ Natriumklorid 9 mg/ml	*NRFit ☐ JA ☐ NEJ		

Ordinerande läkare

Namn: _____ RSID: _____

Underskrift av behörig beställare

Datum _____ Namnteckning _____ RSID: _____

Namnförtydligande _____