

Sjukhus		GLN/Kundnummer	
Vårdenhet	Telefon	Ansvar/Kostnadsställe	
Beställningsdatum:	Önskad leverans - Datum och klockslag:		
	Express - föregås av telefonsamtal		
Stående beställning*	Leveransdag:	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	Aggregat:	CADD 198 cm	Infusomat Space Line	Annat:	
	Blandas i	ml	eller	till (q.s.) totalvolym	ml
Kassett (CADD)	Förlängningsslang:		Ja	Nej	
Elastomerisk pump	SMARTeZ	Baxter pump (Intermate/Folfusor/Infusor)		SMARTeZ dubbla katetrar 400 ml, 2+2 ml	
	Infusionstid:			Infusionshastighet:	
Spruta	Adaptor:	Nej	Teva/Chemfort	PhaSeal	
Annat:					
NRFit	Ja	Nej			

Ordinerande läkare

Namn: _____ RSID: _____

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

Underskrift av behörig beställare

RSID: _____

Datum _____ Namnteckning _____

Namnförtydligande _____