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** |