 Skickas till

[bestallning.cyto.malmo@apoex.se](mailto:bestallning.cyto.malmo@apoex.se)

[bestallning.cyto.lund@apoex.se](mailto:bestallning.cyto.lund@apoex.se)

[bestallning.cyto.csk@apoex.se](mailto:bestallning.cyto.csk@apoex.se)

FÖRSÄTTSBLAD CYTOSTATIKA-BESTÄLLNING

Antal sidor inkl. denna

|  |  |
| --- | --- |
| Beställande enhet | Patient (födelsedatum och namn) |
| GLN kod (betalande och mottagande enhet) |
| Telefon | Beställningen gäller  **From**:       **tom**: |
| Övrigt |
| Första leverans önskas  **Datum**:       **tid**:  Önskemål övriga leveranser |

Ordinationskort cytostatika   
 (Försättsblad + ordination skickas, ange sort och volym av inf.vätska i ordinationskortet!)

|  |  |
| --- | --- |
| Ordinerande läkare, klartext |  |

CytoBase testregim (CytoBase-ordination, försättsblad + ordinationskort skickas)

Fyll i nedanstående tabell vid önskemål om ändring av leveranstid alt.   
 leverans till annan avdelning (tex. azacitidin, bortezomib)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gäller läkemedel: | | | | | |
| Administrationsdag ange datum | | Datum | Tid | Ange avdelning  Vid leverans till annan än beställd | Expedierat  Fylls i av ApoEx |
|  | önskas klart |  |  |  |  |
|  | önskas klart |  |  |  |  |
|  | önskas klart |  |  |  |  |
|  | önskas klart |  |  |  |  |
|  | önskas klart |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| **Faxad av, namn och RSID** | **Datum** | |