 Skickas till

 bestallning.cyto.malmo@apoex.se

 bestallning.cyto.lund@apoex.se

 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:       |
| Administrationsdagange datum | Datum | Tid | Ange avdelningVid leverans till annan än beställd | ExpedieratFylls i av ApoEx |
|       | önskas klart |       |       |       |  |
|       | önskas klart |       |       |       |  |
|       | önskas klart |       |       |       |  |
|       | önskas klart |       |       |       |  |
|       | önskas klart |       |       |       |  |

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