

Leveransuppgifter

Sjukhus	Beställningsdatum: _____
Vårdenhet	Skickas Önskat leveransdatum: _____
Telefon	Hämtas (efter ök med beredningsenh.)
	Datum: _____ Tid: _____
Stående beställning	Leveransintervall: _____ Fr.o.m.: _____ T.o.m.: _____

Patientuppgifter (vid patientbunden beredning)

Personnummer	Namn
_____	_____

Läkemedelsuppgifter

Läkemedel, ev. infusionsvätska, ev dosering	Dos eller koncentration
_____	_____
Administreringsätt	Volym/förpackning Antal förpackningar
IV Subkutant Intratekalt Epiduralt	_____
Annat: _____	
Beredningstyp	
Infusionspåse	
Kassett (CADD)	
Elastomerisk pump Ange ambulatoriskt system: Infusor Intermate Homepump	
Infusionstid: _____ Infusionshastighet: _____	
Spruta	
TPN Tillsats TPN Grund Komposition bifogas separat	
Ögondroppar	

Ordinerande läkare: _____

Namnförtydligande: _____

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

Underskrift av behörig beställare