

Sterilbeställning övrigt

Beställande avdelning		Patient (födelsedatum och namn)	
Sjukhus			
GLN-kod/Kundnummer		Önskat leveransdatum	Tid
Telefon / Fax		<input type="checkbox"/> Express Ska föregås av telefonsamtal. Ev. bud bekostas avdelningen.	
Om Abonnemang önskas fylls denna rutan i. Obs abonnemang måste vara regelbundna och inte vid behov.			
<input type="checkbox"/> Abonnemang Varje Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			

Komposition Preparatnamn, dos, spädningsvätska	Admin.sätt t ex iv, sc, epiduralt	Volym	Beredningsform	Antal
			<input type="checkbox"/> Spruta <input type="checkbox"/> Infusionspåse Om Infusionspåse: <input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Pump Typ: <input type="checkbox"/> Ögondroppsfaska <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Övrigt	
Övrigt				

Behörig förskrivare: Namn		
Behörig beställare: Namnteckning	Datum	Namnförtydligande