STERIL BESTÄLLNING **KASSETT / INFUSIONSPÅSE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beställande enhet (stad måste anges)** | **Patient (födelsedatum och namn)** | |
| **GLN kod för betalande enhet** |
| **GLN kod för mottagande enhet  (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: |
| **Telefon** |
| **Övrigt** |
|
|
| 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)** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Komposition**  (dos/koncentration narkotika anges även med bokstäver) | **Admin.sätt** | **Kassett till  Deltec CADD infusionspump** | **Infusionspåse** |
| Läkemedel/substans + Dos/koncentration          Spädningsvätska    **Glukos 50 mg/ml**  **Natriumklorid 9 mg/ml** | **intravenös**  **subkutan**  **epidural**  **intratekal**  **annat** | **50 ml**  **100 ml**  **250 ml** | **Blandas**  **i**       **ml**  ***eller***  **till (q.s.)   totalvolym**       **ml** |
| **Förlängningsslang 152 cm**  **Ja**  **Nej** | **Aggregat**  **Administrerings set**  **CADD 198 cm**:  **Ja**  **Nej**  **Infusomat**   **Ja**  **Nej**  **Space Line**  **Annat** |
| **Antal** | **Antal** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ordinerande läkare: Namn** | | |
| **Behörig beställare: Namnteckning** | **Datum** | **Namnförtydligande** |