STERIL BESTÄLLNING **ÖVRIGT**

|  |  |
| --- | --- |
| **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:      [ ]  **Övrigt** - lev till patient el vårdcentral, endast vid recept (ange adress i fältet övrigt) |
| **Telefon**      |
| **Övrigt (adress och telefonnummer vid leverans till patient eller annan information)**      |
|
|
| 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)**  |
| Om recept finns[ ]   **Recept**  **utfärdat datum:**       **av läkare:**       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Komposition** (dos/koncentration narkotika anges även med bokstäver) | **Administreringssätt** | **Beredningsform** | **Volym och antal** |
| Prep 1 Läkemedel/substans + Dos/koncentration          Prep 2 Läkemedel/substans + Dos/koncentration           Prep 3 Läkemedel/substans + Dos/koncentration           Spädningsvätska[ ]  **Glukos 50 mg/ml** [ ]  **Natriumklorid 9 mg/ml**[ ]  **Övrigt**        | [ ]  **intravenös**[ ]  **subkutan**[ ]  **epidural**[ ]  **intratekal**[ ]  **intravitreal**[ ]  **intracerebro- ventrikulärt**[ ]  **ögondroppar**[ ]  **övrigt**       | [ ]  **Spruta** [ ]  **Chemfort Syringe Adaptor**[ ]  **Ögondroppsflaska**[ ]  **Injektionsflaska**[ ]  **EVA påse**[ ]  **Övrigt**       | [ ]  **i**       **ml** ***eller***[ ]  **till (q.s.)  totalvolym**       **ml**  |
| **Antal**      |

|  |
| --- |
| **Övrig information (tex.märkning enligt ISO)**      |

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