STERIL BESTÄLLNING **TPN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 TPN**  Preparatnamn, dos, spädningsvätska | **Admin.sätt** | **Volym (ml)** | **Antal** |
|  | **intravenöst** |  |  |

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