



Tel cyt/steril: 019-602 33 86/602 35 04

Fax cyt/steril: 019-602 33 38/602 35 10

Rörpost: 700

Rekvisition cytostatika/monoklonala antikroppar/belatacept

Beställande avdelning		Patient (födelsedatum och namn)	
Betalande avdelning om annan än beställande			
Sjukhus <input type="checkbox"/> Örebro <input type="checkbox"/> Lindesberg <input type="checkbox"/> Karlskoga		Önskat leveransdatum	Tid <input type="checkbox"/> Skickas med trp <input type="checkbox"/> Hämtas
Telefon / Fax		<input type="checkbox"/> Akut Ska föregås av telefonsamtal.	
1. Substans Dos			
Administrationsväg <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> annat			
<input type="checkbox"/> Spruta			
<input type="checkbox"/> Infusionspåse <input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Alaris <input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Annat			
<input type="checkbox"/> Pump Typ Ges under (h)			
Volymml		Vätska <input type="checkbox"/> natriumklorid 9 mg/ml <input type="checkbox"/> glukos 50 mg/ml	
Ev övrigt			
Behörig förskrivare: Namn (textas)			
Datum	Behörig beställare: Namnteckning	Namnförtydligande	

Kvittens vid avhämtning: Namn