

**Rekvisition ögonberedningar för injektion, steril extempore**

Beställande avdelning	Patientuppgifter		
	Personnummer:		
Betalande avdelning om annan än beställande	Namn:		
Sjukhus <input type="checkbox"/> Örebro <input type="checkbox"/> Lindesberg <input type="checkbox"/> Karlskoga	Önskat leveransdatum	Tid	<input type="checkbox"/> Skickas med transport <input type="checkbox"/> Hämtas
Telefon / Fax	<input type="checkbox"/> Akut Ska föregås av telefonsamtal		
Om stående leverans önskas fylls denna ruta i			
<input type="checkbox"/> Stående leverans			
Veckodag: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			

För intravitral injektion	Volym per spruta (ml)	Antal sprutor
Eylea 40 mg/ml		
Typ av spruta: <input type="checkbox"/> SJJ Solutions 0,2 ml <input type="checkbox"/> SJJ Solutions 0,3 ml <input type="checkbox"/> VitreJect 1,0 ml		
Övrigt		

För intravitral injektion	Volym per spruta (ml)	Antal sprutor
Vabysmo 120 mg/ml		
Typ av spruta: <input type="checkbox"/> SJJ Solutions 0,2 ml <input type="checkbox"/> SJJ Solutions 0,3 ml <input type="checkbox"/> VitreJect 1,0 ml		
Övrigt		

Ordinerande läkares namn (textas):		
Datum	Behörig beställare: Namnteckning	Namnförtydligande