

**Rekvisition övrig steril extempore**

Beställande avdelning	Patientuppgifter		
Betalande avdelning om annan än beställande	Personnummer:		
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)			

Substans	Styrka
.....
.....
.....
.....
Administreringsätt: <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> epidural <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> annat:	Antal
Volym och vätska: ml <input type="checkbox"/> natriumklorid 9 mg/ml <input type="checkbox"/> glukos 50 mg/ml	
Aggregat: <input type="checkbox"/> inget aggregat <input type="checkbox"/> kopplat aggregat Luer-lock <input type="checkbox"/> kopplat aggregat NRFit	
Övrigt	

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