

Rekvisition övrig extempore

| | | |
|---|---|---|
| Beställande avdelning | Patient (födelsedatum och namn) <input type="checkbox"/> Recept finns | |
| Betalande avdelning om annan än beställande | | |
| Sjukhus <input type="checkbox"/> Örebro <input type="checkbox"/> Lindsberg <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 rutan i | | |
| <input type="checkbox"/> Stående leverans Veckodag: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år) | | |

| | |
|--|---|
| Substans | Styrka |
| Administreringssätt (t.ex. iv, sc, epiduralt) | Antal |
| Volym och vätskaml <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 | |
| Övrigt | |

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