

**Rekvisition smärtpåsar/kassetter steril extempore**

Beställande avdelning	Patientuppgifter		
Betalande avdelning om annan än beställande	Personnummer:		
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 ruta i			
<input type="checkbox"/> Stående leverans			
Veckodag: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			
<input type="checkbox"/> Stående leverans vid behov			

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
Deltec kassett till CADD Solis infusionspump <input type="checkbox"/> 50 ml Luer-lock <input type="checkbox"/> 100 ml Luer-lock <input type="checkbox"/> 250 ml Luer-lock <input type="checkbox"/> 100 ml NRFit <input type="checkbox"/> 250 ml NRFit	Infusionspåse <input type="checkbox"/>ml med administreringsset Luer-lock CADD 175 cm slang <input type="checkbox"/>ml med administreringsset NRFit CADD 312 cm slang spike
Administreringsset <input type="checkbox"/> inget administreringsset	
Övrigt	

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