



Tel: 019-602 35 04

Fax: 019-602 35 10

Rörpost: 700

### Rekvisition smärtpåsar/kassetter

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 .....
Kassett till Deltec CADD infusionspump <input type="checkbox"/> 50 ml <input type="checkbox"/> 100 ml <input type="checkbox"/> slang 152 cm kopplad och fylld	Infusionspåse <input type="checkbox"/> .....ml med administreringsset CADD 175 cm slang
Övrigt   	

Behörig förskrivare: Namn (textas)		
Datum:	Behörig beställare: Namnteckning	Namnförtydligande

Kvittens vid avhämtning: Namn och datum
---