

Rekvision 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"/> 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 rutan i			
<input type="checkbox"/> Stående leverans Veckodag: Startdatum: Slutdatum: (max 1 år)			
<input type="checkbox"/> Stående leverans vid behov			

Substans	Styrka
Administreringssätt (t.ex. iv, sc, epiduralt)	Antal
Deltec kassett till CADD Solis 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 	

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