

Rekvisition cytostatika/monoklonala antikroppar/belatacept

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		

Substans	Dos
Administreringsätt: <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/> im <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> annat	Antal
Beredningsform <input type="checkbox"/> Spruta Luer-lock <input type="checkbox"/> Spruta NRFit <input type="checkbox"/> Infusionspåse utan aggregat <input type="checkbox"/> Infusionspåse med aggregat: <input type="checkbox"/> Connect Set <input type="checkbox"/> Alaris <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Pump	
Volym och vätska: ml <input type="checkbox"/> natriumklorid 9 mg/ml <input type="checkbox"/> glukos 50 mg/ml	
Övrigt	

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