

Beställningsblankett för övrig* Extempore

*särskilda blanketter för elastomeriska pumpar, TPN, cytostatika, se www.apl.se



SLUTENVÅRD
Extempore – VGR/Halland

Tel: 010 - 447 97 00

Beställande enhet:

Kundnummer
Vårdenhet
Sjukhus
Telefon (även riktnr)
Fax (även riktnr)

Beställningsdatum
Till APL Kundservice, Fax: 010 – 447 96 94
Vid akut beställning var vänlig ring och meddela att beställning skickats!

Patient (Namn och personnummer)(anges vid patientbunden beredning)
--

Läkemedel (namn, styrka), ev. komposition, ev. dosering

Rutiner för beställning av extempore finns på lokalt intranät

Ev. övrig information:

Beredningsform (t.ex. inj.vätska, ögondroppar)	Mängd / förpackning	Antal förpackningar
Administreringsätt (t.ex. oralt, iv, epiduralt)		
Förpackning (t ex kassett, inj.flaska, spruta)	Ev. tillbehör (slang, filter)	
Ordinerande läkare		
Behörig beställares namnteckning		Befattning
Namnförtydligande		

APLs ord.nr. (ifylls av APL)

Önskat leveransdatum och klockslag

Bilaga, t.ex. ordinat.underlag, bifogas

Totalt antal sid. Inkl. denna: