

Beställningsblankett för elastomeriska pumpar (t.ex. Homepump, Infusor, Intermate)



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, styrka, ev. dosering

Rutiner för beställning av extempore finns på lokalt intranät

Ev. övrig information:

Ambulatoriskt system (t.ex. Homepump, Infusor)	Hastighet	Fyllnadsvolym
Administreringssätt (t.ex. iv, epiduralt)	Infusionstid	Antal förpackningar
Spädningsvätska (t.ex. NaCl, Glukos 50 mg/ml)	Ev. tillbehör (t.ex. filter, klocka)	

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: