



## TPN-beställning, VGR-Halland

**Faxas till APL,  
faxnr 010-447 96 94**

Totalt antal faxade sidor  
inkl. denna:

Vi överfyller med 30 ml för att kompensera förluster i aggregatet vid administrering, om ej annan volym önskas nedan. Inga tillsatser får göras i efterhand.

Beställande enhet, sjukhus, telefon & fax, kundnummer APL:	Patient (namn och personnummer):
Ordinerande läkare:	Patientens vikt (kg):
Önskat antal påsar:	Administreringsdatum och klockslag:
<b>Allt i ett:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Fett i separat påse:</b> <input type="checkbox"/>
Övrig info:	

Glukos 500 mg/ml ..... ml	Clinoleic ..... ml
Vamin (18g N/l elektrolytfri) ..... ml	Numeta ..... ml
Vaminolac ..... ml	Olimel ..... ml
Kaliumklorid 2mmol/ml ..... ml	
Natriumklorid 4mmol/ml ..... ml	Soluvit / Vitalipid Infant (1:1) ..... ml
Addex-Magnesium ..... ml	Soluvit / Vitalipid Adult (1:1) ..... ml
Glycophos ..... ml	Soluvit / Vatten 10 ml ..... ml
Peditrace ..... ml	Vitalipid Infant ..... ml
Addaven ..... ml	Vitalipid Adult
Calciumgluconat B.Braun 100mg/ml ..... ml	..... ml
Carnitor 200 mg/ml ..... ml	
Selen 0,2 mikromol/ml ..... ml	<b>Totalvolym</b> ..... <b>ml</b>
..... ml	<b>Önskad överfyllnad ?</b>
	<input type="checkbox"/> Ja, (30 ml som beskrivet ovan)
Sterilt vatten upp till beställd totalvolym	<input type="checkbox"/> Ja, ..... ml
	<input type="checkbox"/> Nej, ingen överfyllnad
Datum, Behörig beställares namnteckning:	Namnförtydligande och befattning: