

BESTÄLLNING CYTOSTATIKA

Beställningen faxas till APL. Faxnr:

Totalt antal faxade sidor inkl. denna:

Faxnummer se Intranätet eller www.apl.se, flik beställning

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnummer APL / GLN-kod			Patient (namn och personnummer)		
Behandlingsnamn/schema			Längd (cm) Kroppsvikt (kg) GFR		
1	Ordinerat preparat/substans	Dos	Adm.sätt	Dosbekräftelse <input type="checkbox"/> Dos OK <input type="checkbox"/> Ändrad dos anges	
	<input type="checkbox"/> Spruta <input type="checkbox"/> Inf.påse <input type="checkbox"/> Pump/kassett (anges under övrigt)	Infusionsvätska		Datum, namn och yrkestitel	
	Volym, ml		Anmärkningar/Kommentarer		
	Administreringsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/> Klar att blanda	Farmaceuts sign, tid, datum vid dosbekräftelse per telefon	
	Aggregat anges	Övrigt			
2	Ordinerat preparat/substans	Dos	Adm.sätt	Dosbekräftelse <input type="checkbox"/> Dos OK <input type="checkbox"/> Ändrad dos anges	
	<input type="checkbox"/> Spruta <input type="checkbox"/> Inf.påse <input type="checkbox"/> Pump/kassett (anges under övrigt)	Infusionsvätska		Datum, namn och yrkestitel	
	Volym, ml		Anmärkningar/Kommentarer		
	Administreringsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/> Klar att blanda	Farmaceuts sign, tid, datum vid dosbekräftelse per telefon	
	Aggregat anges	Övrigt			
3	Ordinerat preparat/substans	Dos	Adm.sätt	Dosbekräftelse <input type="checkbox"/> Dos OK <input type="checkbox"/> Ändrad dos anges	
	<input type="checkbox"/> Spruta <input type="checkbox"/> Inf.påse <input type="checkbox"/> Pump/kassett (anges under övrigt)	Infusionsvätska		Datum, namn och yrkestitel	
	Volym, ml		Anmärkningar/Kommentarer		
	Administreringsdatum	Klockslag	<input type="checkbox"/> Klar att blanda	Farmaceuts sign, tid, datum vid dosbekräftelse per telefon	
	Aggregat anges	Övrigt			
Datum, Beställarens underskrift			Ordinerande läkare		
Namnförtydligande och befattning					