

REKVISISJON FOR SMERTEBEHANDLING

Faks: (738) 64335

Telefon: (738) 64261 / (738) 64262

Rørpost: 301

Pasientnavn	
Født	
Adresse	

Legemiddel/virkestoff	Konsentrasjon (mg/ml) i blandingen	Døgndose (mg)

-Pumpehastighet: _____ ml/time **-Støtdose:** _____ ml

-Administrasjonsmåte:

s.c. (Holdbarhet: 7 dager)

i.v. (Holdbarhet: 7 dager)

epiduralt (Holdbarhet: 5 dager)

spinalt (Holdbarhet: 5 dager)

Reservoirtyp:

CADD

Forlengesslange CADD

BG 323 (inkl slange)

Infusjonspose

- m/CADD adapter

- m/BG323 adapter

-Reservoirlolum:

50 ml

100 ml

250 ml

Andre: _____

-Refusjonskode § 2 - 90:

Leverings-/hentdato: _____ Leverings-/hentetidspunkt: _____

Gyldighet: Fra dato: _____ Til dato: _____

 Hentes på apoteket av: _____ Leveres avdeling: _____ Leveres annet sted: _____ Kontakttelefon: _____

Rekvirent: _____

(sign./stempel/ ID-nummmmer)

For apoteket:

Kopi av skjema påført konsentrasjon sendes med kassetten.

Sendt:

Kopi av skjema påført konsentrasjon sendes i retur til rekvirerende avdeling. Sendt: