



Avdeling/post:

Tlf:

Hjemmetjenestesone/sykehjem:

Tlf:

Pasientnavn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Belastes: Resept Institusjon: _____

Gyldighet: Engangsekspedisjon
 Rekvisisjonen er gyldig i maksimalt (tidsperiode e.l.): _____

Behandlig er startet opp av spesialisthelsetjenesten: Ja Nei

Merk: All levering skal avtales med produksjonsavdelingen per telefon før bestilling fakses/leveres.

Tromsø: tlf: 77 62 62 66, faks: 77 62 62 68 Bodø: tlf: 77 78 19 00 (tast 3), faks: 75 53 40 64

SAMMENSETNING AV MEDIKAMENTBLANDINGEN:

Som standard fortynningsmedium benyttes Natriumklorid 9 mg/ml

Virkestoff	Dose pr døgn	Hastighet ml/t	Evt. Konsentrasjon

Forventes bruk av bolusdose:

Nei Ja, bolusdose: _____ per bolus. Antall bolus per døgn: _____

Emballasje

Kassett til CADD 50 ml 100 ml 250 ml

Forlengelsesslange 76 cm 114 cm 152 cm

Infusjonspose + CADD adapter (blindkassett) Volum: _____

Infusjonstype

Subkutan

Intravenøs

Spinal

Epidural Epiduralfilter (gjelder Bodø)

Dato:

Rekvirerende lege / ID-nr / tlf: _____

Sykepleier: _____

