

Beställningsblankett extempore

Blanketten faxas till: 0500-432758

Om inga patientuppgifter står med kan blankett även mailas till: skas.vgr.beredningsenhet@vregion.seFör beställning av cytostatika eller parenteral nutrition, använd respektive beställningsblankett "[Beställningsblankett cytostatika](#)" eller "[Beställningsblankett parenteral nutrition](#)"

Beställande vårdenhet:	Kundnummer (ex. XX1234, d.v.s två bokstäver+fyra siffror):
Sjukhus (inkl. tomt):	Telefon (inkl. riktnr.):

Läkemedelsnamn/komposition + ev. spädningsvätska:	
Styrka:	Mängd/fyllnadsvolym per förpackning:
Beredningsform och administreringsätt:	Ev. infusionstid/hastighet:
Förpackningstyp (t.ex. kassett, spruta, homepump/infusor):	Antal förpackningar:
Ev. övriga tillbehör:	

Fyll i följande vid patientbunden beställning:

Patientens namn och personnummer:
Ordinerande läkares namn:

Observera att vid behov av beställning från extern leverantör kommer beredningen levereras utan patientuppgifter.

Övrig information/meddelande:

Önskat leveransdatum och ev. planerad administreringstidpunkt/leveranstid:
<input type="checkbox"/> Enligt ledtid (Sök: "Leverans och ledtider beredning läkemedel" i hitta i arkivet om länk ej kan klickas)
<input type="checkbox"/> Specifik leveransdatum: _____ (Akutavgift tillkommer vid leveranstid tidigare än ledtid)

Rutiner och ledtider för beställning av extempore: Intranät [Insidan/Regionhälsan/Vård&Hälsa/Sjukvårdsapotek VGR/Beredning läkemedel VGR/För vårdpersonal](#)

Behörig beställares namnteckning:		
Namnförtydligande:	Yrke:	Datum:

Ifylls av Sjukvårdsapoteket VGR:

Farmaceutisk kontroll:	Utleveranskontroll:
------------------------	---------------------