

## Beställningsblankett extempore

Blanketten faxas eller, om den inte innehåller patientuppgifter, mail enligt nedan

För beställning av cytostatika eller parenteral nutrition, använd respektive beställningsblankett "[Beställningsblankett cytostatika](#)" eller "[Beställningsblankett parenteral nutrition](#)"

<b>Beställare SkaS skickar till:</b> <b>Fax:</b> 0500-432758 <b>Mail:</b> <a href="mailto:skas.vgr.beredningsenhet@vgregion.se">skas.vgr.beredningsenhet@vgregion.se</a>	<b>Beställare övriga förvaltningar skickar till:</b> <b>Fax:</b> 031-190079 <b>Mail:</b> <a href="mailto:extempore.lakemedel@vgregion.se">extempore.lakemedel@vgregion.se</a>
--	---

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

<b>Läkemedelsnamn/komposition + ev. spädningsvätska:</b>	
<b>Styrka:</b>	<b>Totalvolym per enhet för flytande läkemedel (t.ex. 60 ml/flaska, 100 ml/kassett):</b>
<b>Beredningsform och administreringsätt:</b>	<b>Ev. infusionstid/hastighet:</b>
<b>Förpackningstyp (t.ex. kassett, spruta, homepump/infusor):</b>	<b>Antal enheter (t.ex. sprutor, ampuller, kassetter, kapslar):</b>
<b>Ev. övriga tillbehör:</b>	

<b>Önskat leveransdatum och ev. planerad administreringstidpunkt/leveranstid:</b> <input type="checkbox"/> Enligt <a href="#">ledtid*</a> (Sök: "Leverans och ledtider, Extempore" i sökfunktion "hitta i arkivet" på Intranätet om länk ej kan klickas) <input type="checkbox"/> Specifikt 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](#)

Fyll i följande vid patientbunden beställning:

<b>Patientens namn och personnummer:</b>	<b>Längd:</b>	<b>Vikt:</b>
<b>Ordinerande läkares namn:</b>		

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

<b>Övrig information/meddelande:</b>
--------------------------------------

<b>Behörig beställares namnteckning:</b>		
<b>Namnförtydligande:</b>	<b>Yrke:</b>	<b>Datum:</b>

Ifylls av Sjukvårdsapoteket VGR:

<b>Farmaceutisk kontroll (signum &amp; datum):</b>	<b>Utleveranskontroll (signum &amp; datum):</b>
--	---