

Senast reviderat: 2023-11-08
Dokumentet gäller för: Verksamhet Läkemedel/ATMP
Innehållsansvarig: Milad Kouchek, Apotekare

Beställningsblankett ATMP

Blanketten lämnas till Extemporetillverkning SU eller faxas till 010-435 75 75

Beställande vårdenhet:	
Sjukhus (inklusive tomt):	Telefon (inklusive riktnummer):
Läkemedelsnamn/komposition:	
Styrka:	Mängd/fyllnadsvolym per beredning:
Beredningsform och administreringsätt:	Ev. infusionstid/hastighet:
Förpackningstyp (t.ex. spruta, infusor, kassett):	Antal förpackningar:
Leveransdatum:	
Patientens namn och personnummer:	Vikt i kg med en decimal (om aktuellt):
Ordinerande läkares namnteckning och namnförtydligande:	
Datum	

Fylls i av Verksamhet Läkemedel/ATMP:

Farmaceutisk kontroll: