

Gäller för: Barnhjärtcentrum

Giltig från: 2026-03-16

Innehållsansvar: Hanna Pahne, (hanpa11), Receptarie

Giltig till: 2028-03-16

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Läkemedelshantering Barnhjärtcentrum (avdelning, dagsjukvård samt mottagning)

Revideringar i denna version

Förtydligande kring provtagning i samband med Heparin infusion.

Syfte

Denna lokala läkemedelshanteringsrutin kompletterar VGR's rutinbeskrivning.

Läkemedelshantering inom verksamhetsområdet Barnhjärtcentrum sker i enlighet med Rutiner för läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen,

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2017:37 samt Säkrare ordination och läkemedelshantering till barn Läkemedelsverket 2017.

Arbetsbeskrivning

Kapitel 1. Ansvar

Övergripande läkemedelsansvar för verksamheten finns hos Verksamhetschef (VC). VC har överlåtit medicinskt ansvar till vårdenhetsöverläkare (VÖL). Det övergripande ansvaret för verksamhetens läkemedelshantering har avdelningschef (AC).

AC och VÖL ansvarar för att rutinen är känd och följs på enheten. Läkare och sjuksköterska har egenansvar att följa rutinen.

Läkemedelsrutinen förvaras utskrivet tillsammans med bilagor i pärmen "Kvalitet Läkemedel BHC" i läkemedelsrummet på Barnhjärtcentrum avdelning och dagsjukvård, samt under medicinska styrdokument på SUs intranät.

Ansvarsbeskrivningar för vårdenhetschef, VÖL, farmaceuter, läkemedelsansvarig sjuksköterska, narkotikaansvarig sjuksköterska och gasansvarig sjuksköterska finns hos avdelningschef. Aktuell signaturslista förvaras i pärmen Kvalitet Läkemedel BHC i läkemedelsrummet.

2. Ordination

Alla läkemedel ska ordinerars i Meliors läkemedelsmodul.

Som beslutsstöd för läkemedelsordination och läkemedelshantering används ePed. I de flesta fall är ordinationen i läkemedelsmodulen kopplad till ePed, men när detta inte är fallet nås instruktionen via ePeds hemsida.

Om ett läkemedel ordinerars utanför Meliors läkemedelsmodul ska det i läkemedelsmodulen finnas en PM-ordination för det aktuella läkemedlet med hänvisning till var ordinationen finns. Exempel på detta är smärtpumpar av olika slag (t.ex. PCA, SKA, EDA) – ordinerars på särskilda protokoll framtagna av barnsjukhusets smärteam.

Generella direktiv används inte på Barnhjärtcentrum.

Dosjustering av sjuksköterska får endast ske vid opioidinfusion enligt SKA-protokoll, samt när dosintervall av vid behovsdoser ordinerats av läkare.

Läkemedel måste pilas för att de ska komma upp i utdelningsvyn i Melior. Alla läkemedel ska pilas dagligen i samband med rond.

Läkemedel som tillfälligt sätts ut markeras med ett kryss (X) i rutan för ordinationen och läkemedel som helt sätts ut markeras med en nolla (0).

Läkemedel ska ordinerars i slutkoncentration kopplat till en ePed instruktion om sådan finns.

Alla infusioner, injektioner och flytande mediciner ordinerars i ml.

Insulin ordinerars i enheter (E) i Melior om det inte ordinerars via PM som i så fall förvaras i Kardex (individuell patientpärm).

Lågmolekylära hepariner i förfyllda sprutor (t.ex. Fragmin) ordinerars i antal (st). Barn upp till 1 år ordinerars ampuller då dessa är utan konserveringsmedel. Ampuller ordinerars i ml.

Övriga läkemedel ordineras i tablett/kapsel/inhalation/dospåse/droppar etc.

Ordination av infusioner

Intravenösa läkemedel som ges kontinuerligt som infusion (ex. Prostivas 2 mkg/ml, Milrinon 0,2 mg/ml, Amiodarone 5 mkg/ml) ordineras alltid med volym 50 ml med start kl. 00.00. I anvisningarna anges mängd/kg/tidsangivelse samt infusionshastighet ml/h. Ändrad infusionshastighet ordineras i anvisningen.

Heparininfusioner

Vid ordination av heparininfusion används *Heparinschema- rutiner på BIVA, OP 1 och Barnhjärtcentrum* (Se bilaga 1). Heparin LEO 100 E/ml ska INTE användas som infusion då den innehåller för stora, troligen skadliga mängder bensylalkohol. Använd i stället 5000 E/ml och späd till önskad slutkoncentration enligt ePed.

Innan heparininfusion kopplas på Kontrolleras APTT.

Vid pågående infusion kontrollerat APTT OFH. Dessa måste levereras direkt till klinisk kemi.

Glucosinfusion och Ringer-Acetat

Glucosinfusion och Ringer-Acetat ordineras alltid 1000 ml vid behov. Ange sedan i anvisningsrutan exakt ordinerad mängd alt. dosering till dygnsmängd, samt eventuell maxhastighet för infusionen.

Opioidinfusion

Opioidinfusion ordineras enligt PM. Doserna för morfin, ketobemidon och oxikodon är i stort sett ekvivalenta. I anvisningsrutan skrivs "enligt protokoll för PCA" eller "enligt SKA protokoll" beroende på om protokollet är patientkontrollerat eller sköterskekontrollerat. Protokollet ska finnas i Kardex.

För barn <15 kg används styrkan 0,1 mg/ml, för barn >15 kg används styrkan 1 mg/ml. Om opioidinfusion används över en vecka ska man byta typ av opioidinfusion, t.ex. från morfin till oxikodon. Vid spädning av opioider ska alltid 2 farmaceuter eller sjuksköterskor alt 1 farmaceut och 1 sjuksköterska dubbelsignera spädningen.

TPN/PPN

TPN/PPN infusioner ordineras enligt ordinationsmall i Melior.

Infusioner som förväntas infunderas under en period som löper över dygnsbryt kl. 00.00 i Melior, t.ex. TPN-infusion nattetid, ordineras i två doser. Första dosen ordineras kl. 00.00 – till klockslag då infusionen ska kopplas bort på morgonen. Andra dosen ordineras från tidpunkt då infusionen sätts på kvällen till kl. 24.00. De två doserna utgör den totala dygnsmängden TPN som ordineras.

Då en ordinerad dos ligger utanför normalintervallet, ska en kommentar och dosberäkningen skrivas i rutan "Kommentar till rimlighetskontroll".

Preoperativa ordinationer

Preoperativa ordinationer ordineras i Orbit, sjuksköterska signerar där efter given dos.

Öppenvård

Inom öppenvården skall läkemedelsgenomgång utföras på barn där vi har huvudansvar samt för hjärtläkemedel om annan verksamhet är huvudansvariga.

Den som ordinerat läkemedel skall även dokumentera när och hur läkemedelsbehandling skall följas upp och/eller avslutas.

Waranordinationer inom öppenvården ordineras i Journal AVK (nås via patientjournal-externa program) av sjuksköterska utifrån skriftliga instruktioner samt delegering. Waranbehandlingen dokumenteras som uppmärksamhetsordination. Patienter som behandlas 3 månader ordineras av sjuksköterska, vid behandling över 3 månader används egenvård om möjligt (CoaguChek med stöd av sjuksköterska).

Läkemedel som administreras inom öppenvården ordineras i patientjournal.

Muntlig ordination

I de fall då muntliga ordinationer är nödvändiga ska de så snart som möjligt dokumenteras i läkemedelsmodulen. Om ordinatören är förhindrad att göra detta själv, ska sjuksköterskan som mottar den muntliga ordinationen i stället göra det.

3 Beställning av läkemedel

Läkemedelsbeställningar görs av farmaceuter och läkemedelsansvarig sjuksköterska. Beställningsdagar, stopptider och kundnummer hos Regiongemensamt lager (RGL) och Apoteket Produktion & Laboratorier (APL) anslås i läkemedelsrummen på whiteboard. Läkemedelsansvarig

sjuksköterska eller farmaceut ansvarar för att informera om tillfälliga förändringar som t.ex helgdagar.

Vätskevagn

Vätskevagn beställs vid behov under vardagar före kl 9.30. Vätskevagnar rengörs 1 gång/år av apoteket, rengörs vid behov av enheten. Fastställd vätskevagnslista förvaras i pärmén Kvalitet Läkemedel BHC.

Patientnära lager (PNL)

Läkemedelsansvarig sjuksköterska uppdaterar regelbundet PNL utifrån upphandlat sortiment tillsammans med medicinskt ansvarig läkare, minst 2 ggr/år. Fastställd PNL-lista förvaras i pärmén Kvalitet Läkemedel BHC.

VNL och lån från annan avdelning

Läkemedel som ej finns i Patientnära lager (PNL) kan hämtas från Vårdnära lager (VNL) via bokning i Hamlet. Lån av läkemedel från annan avdelning kan ske om det inte finns i VNL. Vid lån av flera doser/dyra preparat beställer Barnhjärtcentrum nya och återlämnar snarast. Vid lån av narkotika finns särskilda rutiner, se kapitel 11.

Inleverans

Mottagning av läkemedelsleverans görs genom kvittens av mottagandet. Sjuksköterska eller farmaceut sätter genast in lådorna i läkemedelsrummet. Uppackning och inleverans görs så fort det är möjligt. Följesedlar till läkemedel som mottagningssignerats i Hamlet kastas och beställningslapp samt följesedel som ej signeras i system sparas i 3 månader i följesedelpärm. Undantag för narkotikaklassade läkemedel, se kapitel 11.

4. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

Läkemedelsrummet på avdelningen samt mottagning/dagsjukvård är huvudförråd, men läkemedel finns även förvarade på andra platser. Se blankett *Läkemedel som får förvaras utanför PNL*, fastställd läkemedelslista finns i pärm *Kvalitet läkemedel BHC* i läkemedelsrummet.

Ansvarig för läkemedel i akutväskan är vårdenhetschef (VEC). Innehållet i akutväskan kontrolleras varannan månad enligt rutin [Akutväska barn-vuxen läkemedel](#). Sjuksköterska som använt väskan ansvarar för att tillsammans med annan sjuksköterska kontrollera och komplettera innehållet vid behov.

Städning, temperatur, hållbarhet och indragning

Städning av golv och tömning av gula kärl ska utföras vardagar av regionservice. Farmaceuter eller sjuksköterskor torkar av arbetsbänkarna morgon och eftermiddag, samt efter spill, först med vatten och sedan ytdesinfektion. Detta dokumenteras på anslagen *Att göra lista* på whiteboard i läkemedelsrummet.

Städning av dragskåp med vatten och ytdesinfektion utförs en gång per vecka och dokumenteras på *Att göra lista* på whiteboard.

Storstädning av läkemedelsrum sker en gång per år av regionservice.

Svarta kärl för läkemedelsavfall samt papperssäck med kartonger byts av den som är i tjänst när kärlden är fulla. Klistra på etiketterna ”läkemedelsavfall” och ”miljöfarligt gods” för läkemedelsavfall och placera i miljörum/ städ.

Kylskåpstemperaturen och rumstemperaturen ska avläsas dagligen. Detta dokumenteras på blankett [Mall 9 Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning.pdf](#) som finns anslagen på white bord.

Hållbarhet på läkemedel i PNL-sortiment utförs via Hamlet i slutet av varje månad. Markera hållbarhetsdatum med märkpena på de läkemedel som går ut inom 2 månader. Signera att hållbarheten är gjord blankett [Mall 9 Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning.pdf](#)

Hållbarhet på läkemedel från APL kontrolleras varje måndag enligt lista *APL-hållbarhet* som återfinns på intranätet under SharePoint/Vårdfarmaci/Avdelning/Barnhjärtcentrum.

Indragningar kan ses på första sidan i Hamlet och skall åtgärdas omedelbart. Om läkemedlet ska returneras, följ Blankett A1 ”Retur av läkemedel till RGL”. Blanketten finns på intranätet under länken Mallar och blanketter. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år i pärmen ”Indragningar” oavsett om indraget läkemedel finns på avdelningen eller inte.

5. Iordningsställande och Administrering/överlämnande

Basala hygienrutiner gäller vid all läkemedelshantering. Följ även [Arbetsinstruktion vid iordningsställande av läkemedel för injektion och infusion](#) vid iordningsställande av intravenösa läkemedel.

Om ett iordningställt läkemedel inte administreras i direkt anslutning till iordningställandet ska det vara märkt med etikett utskriven från Meliors läkemedelsmodul som innehåller följande:

- Patientens namn och personnummer
- Läkemedlets namn, styrka och dos
- Datum och tidpunkt för administrering
- Signum av den person som iordningsställt läkemedlet
- Infusioner märks med tidpunkt för iordningställande

Iordningsställande av läkemedel sker av sjuksköterska eller farmaceut. Signatur av iordningställande sker genom att skriva VGR-id i rutan "Utdelningskommentar" samt personligt signum på den klisteretikett som skrivs ut via Meliors läkemedelsmodul och som läkemedlet märks med. Om det är samma sjuksköterska som iordningställer och ska administrera läkemedlet behövs ingen utdelningskommentar. Den som administrerar läkemedlet signerar dosen i Melior genom att trycka på knappen "Signera" och är således ansvarig för administrationen. En sjuksköterska som iordningställt ett läkemedel har normalt själv ansvaret för administreringen av läkemedlet till patienten. Om det är nödvändigt får en annan sjuksköterska än den som iordningställt läkemedlet ta ansvar för administrationen.

Ljuskänsliga läkemedel ska skyddas med aluminiumfolie.

Om medicinbägare används ska namn och personnummer stå på bägaren, och inte endast på locket.

Vid intravenös injektion eller infusion ska i första hand sprutor med skruvfattning (luerlock) användas.

Vid läkemedel som ska ges per oralt eller enteralt används lila sprutor.

Vid läkemedel som ska ges som inhalation används läkemedlets färdiga endosbehållare, om inhalationerna behöver blandas görs det i en läkemedelskopp och märks med en gul inhalationsetikett.

Då läkemedel iordningställs i plastflaska (NaCl) för flera doser ska den som iordningställer läkemedlet signera plastflaskan med VGR-id och den som administrerar läkemedlet skriver VGR-id på den som iordningställt läkemedlet i kommentarrutan.

Vid iordningställande/administrering av biologiska läkemedel ska batchnummer registreras. Detta skrivs i utdelningskommentaren.

Generikabyte görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista och regionala terapigrupperns bedömning.

Spädningsschema/blandbarhetsscheman

Beredning av injektions/infusionsläkemedel görs enligt [Arbetsinstruktion vid iordningställande av läkemedel för injektion och infusion](#) (se kapitel 5.8.4 i regional läkemedelshanteringsrutin). I första hand används ePeds spädningssinstruktioner och i andra hand pm eller Fass.

Blandbarhetsdatabasen används vid administrering av flera intravenösa läkemedel i samma infart. Det är viktigt att även titta på interaktioner eftersom blandbara läkemedel ändå kan interagera med varandra i kroppen och kan därför inte ges samtidigt.

Vid spädning av potenta läkemedelsinfusioner såsom t.ex. Prostivas, Heparin, Milrinon eller opioidspädningar som exempelvis Morfin och Rapifen, ska alltid dubbelsignering ske. Se bilaga 2.

Vid iordningställande av Modigraf tillsätts 2 ml vatten till varje påbörjad milligram.

Hållbarhet

Maximal mikrobiologisk hållbarhet är 12 timmar i rumstemperatur och 24 timmar i kylskåp (enligt Svensk Läkemedelsstandard) för okonservade produkter. Information om hållbarhet kan alltid hittas i ePed.

Brytningsdatum ska skrivas på flaskan i samband med öppnandet av läkemedel. Hållbarheten är 6 månader för konserverade läkemedel enligt Svensk läkemedelsstandard (om inte annat står på förpackningen eller i FASS).

Infusioner med och utan tillsatser (även glukosdropp) som pågår kontinuerligt, byts var 24:e timma om inget annat anges och om hållbarheten tillåter det.

TPN som ges till barn under 2 år ska ljusskyddas under administrering. Använd ljusskyddade droppaggregat och ljusskydda TPN-påsen. Droppaggregat byts varje dygn och markeras med datum på sprutetikett som fästs på infusionslangen.

Iordningställda läkemedel får överlämnas av farmaceut till patient/närstående då denne själv skall administrera under permission eller efter utskrivning.

Farmaceut signerar utlämning av läkemedel som "administrerat" med en utdelningskommentar. Signerad överenskommelse enligt rutin Läkemedelsöverlämning av farmaceut finns och förvaras i pärm *Kvalitet läkemedel BHC* som förvaras i läkemedelsrummet.

Patientidentitet

Den som överlämnar läkemedel är skyldig att förvissa sig om att rätt patient får läkemedlet. Det ska ske genom kontroll av identitetsband eller genom att patienten själv eller förälder uppger patientens namn och personnummer eller i förekommande fall genom god personlig kännedom.

Tider

Delas läkemedlet ut vid ordinerad tid +/- 60 minuter, signeras enbart utdelningen. Delas läkemedlet ut vid annan tidpunkt och/eller om dosen inte stämmer med ordinationen, skall den givna dosen och tidpunkten noteras och signeras.

Vid övertag av pågående infusioner kontrolleras ordinationen av ansvarig sjuksköterska varje arbetspass att rätt infusion, styrka och dos ges.

Handräckning och delegering

Barn- och undersköterska får biträda en sjuksköterska eller läkare med att utföra enstaka administrering av läkemedel s.k. handräckning. Att biträda kan t.ex. vara att ge ett suppositorium av läkemedel eller att iordningställa en nebulisator med färdigdoserade inhalationsvätskor. Detta får endast ske genom att sjuksköterska/läkare överlämnar iordningställd dos direkt i handen på barnsköterska och närvarar vid administration, samt att det sker i patientens direkta närhet med muntlig instruktion om hur dosen skall ges. Till skillnad från delegering har sjuksköterskan eller läkaren kvar det fulla ansvaret vid handräckning och ska kontrollera patientens identitet före överlämnandet till barnsköterskan. Handräckning skall endast användas i undantagsfall.

Delegering av läkemedelshantering förekommer undantagsvis i enskilda fall. Signerade delegeringsbeslut förvaras hos avdelningschef.

7. Överflyttningar mellan vårdenheter

Vid övertag från intensivvård barn (BIVA) skall kardiolog uppdatera läkemedelsordinationer i läkemedelsmodulen på BIVA innan patienten hämtas till vårdavdelningen. Se SU:s DSBS gemensamma rutin [Läkemedelshantering vid utskrivning av barn från slutenvård.pdf](#)

8. Arbetsmiljöaspekter

Arbetsrutinför riskläkemedel se rutin ”Iordningställande av läkemedel med risk för överkänslighet”, finns i pärmen ”Kvalitet Läkemedel BHC” som förvaras i läkemedelsrummet.

Antibiotikaberedning görs med hjälp av det slutna systemet Chemfort. Säkerhetsbänk används vid beredningen.

10. Kvalitetssäkring

Utskriven genomförd kvalitetsgranskning, samt åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskningen förvaras i pärm Kvalitet Läkemedel BHC i läkemedelsrummet.

11 Narkotikaklassade läkemedel

Journalföring av narkotika hämtade från VNL sker i pärm ”Förbrukningsjournal narkotika”. Vid varje uttag och tillförsel ska patientuppgifter och dos samt kontrollerad totalmängden antecknas. Narkotikajournalerna sparas och arkiveras i 15 år. Kontroll av kontrolläkemedel görs av särskild utnämnd sjuksköterska. Plan för hur kontroll av narkotika ska utföras finns i narkotikaansvarig sjuksköterskas ansvarsbeskrivning

Signaturförteckningen förvaras i pärm för läkemedelshantering på läkemedelsrummet på avdelningen.

Avvikelser avseende narkotika rapporteras till AC.

Returer och kassationer av kontrolläkemedel

Kassation av kontrolläkemedel skall dokumenteras i förbrukningsjournal och dubbelsigneras. Kontrolläkemedel som uthämtas från VNL till patient och ej används, förvaras fortsatt i narkotikaskåpet och kan användas till annan patient. Notera hållbarhet.

Lån av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet

Hämtning av narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska undvikas i möjligaste mån. Läkemedel i VNL ska användas i första hand. Om hämtning måste ske från annat PNL, ska hämtande sjuksköterska visa sitt SITHS-kort och utlämnande sjuksköterska ska anteckna enhet, VGR-id, namn och de åtta sista siffrorna (se kortets baksida) i narkotikajournalen. Uttaget journalförs som tillförsel respektive uttag i förbrukningsjournalerna på båda enheterna och kontrasigneras av behörig personal. Vid hämtning till en enskild patient ska utlämnande sjuksköterska kontrollera att aktuell patient har en pågående vårdkontakt till exempel i Elvis eller Melior. Uttagna narkotikaklassade läkemedel från annan enhet ska inte återlämnas.

12. Medicinska gaser

Gasflaskor för syrgas förvaras i gasförråd på såväl avdelning som dagsjukvård, märkt med varningstriangel. När gasflaska används av patient skall bärbar varningstriangel medfölja flaskan och markera dörren till det rum där gasflaskan befinner sig.

13. Licenser

Licenspreparat beställs via Hamlet till RGL. Licensmotivering skrivs av ansvarig läkare i E-hälsomyndighetens system KLAS. Flera licenser finns generella för hela barnsjukhuset. Dessa licenser hittas i listan [Aktuella licenser Sahlgrenska Universitetsjukhuset](#)

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig läkare och sjuksköterska ansvarar för att rutinen följs. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl Pro.

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Arbetsgrupp

Thomas Bokemark, Verksamhetsöverläkare Barnhjärtcentrum

Sofi Andersson Stavridis, Avdelningschef, Barnhjärtcentrum

Hanna Pahne, Receptarie, Vårdfarmaci

Bilaga 2: Högriskläkemedel, dess risker och förebyggande åtgärder

Läkemedel	Biverkningar	Åtgärd för att minimera riskerna, (generellt kontrollera i ePed)	Antidot
<i>Alfentanil</i> 100 mkg/ml (<i>Rapifen</i>)	Andningsdepression	Skall alltid iordningställas och dokumenteras av 2 farmaceuter/sjuksköterskor.	Naloxon
<i>Alprostadi</i> (<i>Prostivas</i>)	Apnéer, takykardi, bradykardi, blodtrycksfall och temperaturstegring.	ePed	Ingen känd antidot finns
<i>Amiodarone</i> (<i>Cordarone</i>)	Får ENDAST spädas med GLUKOS 50 mg/mL pga att amiodaron inte är stabilt i andra spädningsvätskor.	ePed	Atropin, Kol
<i>Heparin 100</i> <i>IE/ml</i>	Heparin LEO 100 E/mL ska inte ges som infusion, innehåller stora mängder bensylalkohol och kan påverka centrala nervsystemet. (Gaspings syndrome)	Vid infusion späd heparin 5000 IE/ml till 100 IE/ml enligt ePed.	Protamin
<i>Ketobemidon</i> (<i>Ketogan</i>)	Andningsdepression	ePed Skall dubbelsigneras av 2 farmaceuter/ssk vid spädning.	Naloxon
<i>Klonidin 15</i> μ g/ml (<i>Catapresan</i>)	Blodtrycksfall	Välj färdigblandade injektionsflaskor från APL i första hand.	Atropin, kol, naloxon
<i>Milrinon 200</i> μ g/ml (<i>Corotrop</i>)	Får ej flushas pga stor risk för bolusdos, blodtrycksfall, hjärtarytmier	ePed	Ingen känd antidot finns
<i>Morfin</i> (<i>Sendolor</i>) 1 mg/ml	Andningsdepression	Vi har en färdig 1 mg/ml styrka. Späd enligt ePed om 0,1 mg/ml behövs. Finns även färdigblandade sprutor om 0,1 mg/ml, 50 ml från APL. Skall dubbelsigneras av 2 farmaceuter/ssk vid spädning.	Naloxon
<i>Midazolam</i> 1 mg/ml	Andningsdepression	Enbart midazolam i styrkan 1 mg/ml ska finnas i ordinarie sortiment.	Flumazenil
<i>Tobramycin</i> (<i>Nebcina</i>) 10 mg/ml	Oto- och nefrotoxiska effekter	ePed	Kalciumglubionat
<i>Vankomycin</i> 5 mg/ml	Oto- och nefrotoxiska effekter	Välj färdigblandade påsar från APL i första hand.	Ingen känd antidot finns

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnhjärtcentrum

Innehållsansvar: Hanna Pahne, (hanpa11), Receptarie

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-277

Version: 12.0

Giltig från: 2026-03-16

Giltig till: 2028-03-16