

Beställande avdelning/mottagning, telefon

Patient (namn och födelsedatum)

Leveransdatum

Tid

Receipt  
finns

Kroppsvikt

Kroppsyta m<sup>2</sup>

1

Preparat

Prel. dos (vikt)

Bekräftad dos (vikt)

Dos (volym)

Administrationssätt

Spruta  Minibag (ange inf.-vätska)  Dropp (ange inf.-vätska)  
Infusionsvätska | Volym, ml

Övrigt

Bered farm

Dubbelkontroll

2

Preparat

Prel. dos (vikt)

Bekräftad dos (vikt)

Dos (volym)

Administrationssätt

Spruta  Minibag (ange inf.-vätska)  Dropp (ange inf.-vätska)  
Infusionsvätska | Volym, ml

Övrigt

Bered farm

Dubbelkontroll

3

Preparat

Prel. dos (vikt)

Bekräftad dos (vikt)

Dos (volym)

Administrationssätt

Spruta  Minibag (ange inf.-vätska)  Dropp (ange inf.-vätska)  
Infusionsvätska | Volym, ml

Övrigt

Bered farm

Dubbelkontroll

4

Preparat

Prel. dos (vikt)

Bekräftad dos (vikt)

Dos (volym)

Administrationssätt

Spruta  Minibag (ange inf.-vätska)  Dropp (ange inf.-vätska)  
Infusionsvätska | Volym, ml

Övrigt

Bered farm

Dubbelkontroll

Datum, ordinerande läkares underskrift

Dosbekräftelse

Tid

Namnförtydligande och befattning

Läkare

Mottagarens kvittens

Farmaceuts sign

1

**BESTÄLLNING CYTOSTATIKA**

Ex 1 och 2 sänds till apoteket. Ex 3 behålls av beställaren.  
Uppgifter inom fet markering fylls i av apoteket.