

## REKVISISJON INTRAVENØS ERNÆRING

For apoteket, ikke skriv her:			
Farmasøyt kontroll er gjennomført i hht. Dok 3871		Dato	Sign:
	Dose kontroll		
	Frigivelse		

**TIL:** Avd. for Produksjon (Tlf.:3101/3871)

**Fra:** Avd.: \_\_\_\_\_

- ❖ Rekvisisjonen må leveres apoteket senest kl. 11
- ❖ Rekvisisjonen for helgen bestilles/avklares senest fredag kl 11.00

Sett kryss for det som bestilles:

- |                       |                          |                                      |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| SmofKabiven 550 kcal  | <input type="checkbox"/> |                                      |                          |
| SmofKabiven 1100 kcal | <input type="checkbox"/> | SmofKabiven Elektrolyttfri 1100 kcal | <input type="checkbox"/> |
| SmofKabiven 1600 kcal | <input type="checkbox"/> | SmofKabiven Elektrolyttfri 1600 kcal | <input type="checkbox"/> |
| SmofKabiven 2200 kcal | <input type="checkbox"/> |                                      |                          |
| SmofKabiven 2700 kcal | <input type="checkbox"/> | SmofKabiven perifer 800 kcal         | <input type="checkbox"/> |
|                       |                          | SmofKabiven perifer 1000 kcal        | <input type="checkbox"/> |
|                       |                          | SmofKabiven perifer 1300 kcal        | <input type="checkbox"/> |

Med tilsetninger av:

- Soluvit 1 hgl
- Vitalipid adult
- Addaven 10 ml
- Dipeptiven ® \_\_\_\_\_ ml
- \_\_\_\_\_

Navneetikett til pas.

Bestillingen gjelder for følgende dager: \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Lege (sign) \_\_\_\_\_ ID nr \_\_\_\_\_ Tlf./calling \_\_\_\_\_

Kontaktperson (sykepl.): \_\_\_\_\_ Tlf./Calling: \_\_\_\_\_