Läkemedelsförsörjning - Önskemål om ändring i avdelningssortiment - Formulär - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Avdelningar i Gävle: Ifylld blankett skickas till Läkemedelsenheten Gävle, Budstation 69
Avdelningar i Hudiksvall: Ifylld blankett skickas till Läkemedelsenheten Hudik, Budstation 700
Avdelningar i Bollnäs: Ifylld blankett skickas till Läkemedelsenheten Bollnäs, Budstation 547

Avdelning/Mottagning:_____

Önskemål om tillägg till avdelningssortimentet:

Läkemedel: Förpackningsstorlek:

Beredningsform: Styrka:

Orsak till ändringen:

Önskad beställningspunkt (minsta lager innan det beställs):

Önskad lagermängd (hur mycket som ska finnas efter påfyllning):

Önskemål om borttag från avdelningssortiment:

Läkemedel:

Beredningsform: Styrka:

Orsak till ändringen:

Ansvarig sjuksköterska: (namn och telefonnummer)

_____

Ändringen godkännes av ansvarig läkare: (underskrift och datum)

_____

Ifylles av Läkemedelsenheten:

_____

Ändringen utförd, (datum och namn ansvarig farmaceut)
(Läkemedelsenheten spar denna blankett tillsammans med checklista för ändring i avd.sortiment)