

Läkemedelsförsörjning - Önskemål om ändring i avdelningssortiment

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

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 avdelningssortimentet:

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)