

## 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)