

Arbeidsskjema - CADD Solis VIP pumpe

Pasient ID:

Beh.diagnose:	ATC:	Diagnose:
Medikament:	Dose:	
Planlagte doser kl.slett:	Bytte av pose kl.	
Venetilgang:	Satt inn:	Synlig blå lengde i cm:
PAL:	Tlf:	
Moderpost:	Tlf:	
Startdato behandling:	Sluttdato:	

Ukedager	Pasient:	Sykepleier:	Lege:
Mandag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Tirsdag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Onsdag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Torsdag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Fredag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Lørdag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	
Søndag Datoer:	<input type="checkbox"/> Blodprøvetaking	<input type="checkbox"/> Bytt pose og sjekk venetilgang <input type="checkbox"/> Poliklinisk journalnotat	

Hjemmesykepleie:	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
Sonekontor:	Tlf:	
Infusjonspoliklinikk kl.08.00-15.00	Tlf: 38 07 34 64/ 38 07 33 10	
Pasientens tlf.nr:	Tlf: Infeksjonspost: 38 07 33 12 - Ved spørsmål kveld/natt/helg	