



Region Kalmar län
Ordinationsblad för CADD- Solis 2110

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Indikation: _____

Läkemedel: _____ Styrka: _____

Läkemedel: _____ Styrka: _____

Läkemedel: _____ Styrka: _____

Administrationssätt: subkutant intravenöst epiduralt intratekalt

Datum								
Läkar sign								
SSK sign								
Kontinuerlig inf. ml/ tim mg/ tim								
PCAdos mg/ ml								
PCAspär Tim, min								
PCAdoser/ tim								

Om pågående behandling inte är tillräcklig, **komplettera (t ex under spärrtid)** vid behov med:

Läkemedel: _____ Styrka: _____ mg/ ml el. mg sc. iv. p.o

Datum läkare, ssk sign								
Dos i mg								
Dos i ml								

Vid **pumpkrångel** som inte går att åtgärda- stäng av pumpen, stäng slangklämman, låt infart och kassett vara. Kontakta Palliativa Vårdenheten enligt medföljande telefonlista. I väntan på åtgärd ges istället:

Läkemedel: _____ Styrka: _____ mg/ ml sc. iv. p.o

Datum, läk, ssk sign							
Dos i mg							
Dos i ml							
Antal inj./ dygn							

Sign	Namnförtydligande/ titel	Sign	Namnförtydligande/ titel