

Ordinasjonsskjema – Pas. navn: \_\_\_\_\_

Pas. f.dato \_\_\_\_\_

Eksempel

Indikasjon	Medikament	kl. 08.00	kl. 12.00	kl. 16.00	kl. 20.00	kl. 24.00	kl. 04.00	Ved behov	Dato, legens sign.
<i>Smerte</i>	<i>Morfin sc</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg</i>	<i>10 mg inntil hvert 30. min</i>	
	<b>Morfin / Oksykodon</b> mg/ml sc								
	<b>Midazolam</b> 1 mg/ml sc								
	<b>Haldol®</b> 5 mg/ml sc								
	<b>Robinul®</b> 0,2 mg/ml sc								
<b>sc pumpe:</b>  per 12 timer eller per 24 timer  (sett ring rundt korrekt periode)	<b>Morfin / Oksykodon</b> mg/ml	mg		ml		<b>For pumpen:</b> Dato, legens sign.  til sammen ml		<b>Kommentarer:</b>	
	<b>Midazolam</b> 1 mg/ml	mg		ml					
	<b>Haldol®</b> 5 mg/ml	mg		ml					
	<b>Robinul®</b> 0,2 mg/ml	mg		ml					
	<b>NaCl 9 mg/ml</b>			ml					

