

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>	
	Morfin / Oksykodon mg/ml sc								
	Midazolam 1 mg/ml sc								
	Haldol® 5 mg/ml sc								
	Robinul® 0,2 mg/ml sc								
sc pumpe: per 12 timer eller per 24 timer (sett ring rundt korrekt periode)	Morfin / Oksykodon mg/ml	mg		ml		For pumpen: Dato, legens sign. til sammen ml		Kommentarer:	
	Midazolam 1 mg/ml	mg		ml					
	Haldol® 5 mg/ml	mg		ml					
	Robinul® 0,2 mg/ml	mg		ml					
	NaCl 9 mg/ml			ml					

