

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									

