**Receptformulier Morfine / Midazolam infuus thuis**

naam: m / v

geb.datum:

telefoonnr:

adres:

postcode:

woonplaats:

BSN nr:

*(of sticker ponsplaatje)*

**Voorschrijver:**

huisarts / specialist \*

tel:

vaste apotheek:

**Aanvraag gegevens:**

Aanvraag datum:

Levering: Start / Doseringwijziging / Vervolglevering \*

Datum / tijdstip start infuus:

Thuiszorg organisatie: Groot Gelre / STMG / STMR / Anders, nl:       \*

 Tel.nr:

*SVP Deze aanvraag faxen en telefonisch afspraak maken over levering.*

*tijdens kantooruren faxen naar 088 – 005 8223 en bellen naar 088 – 005 8224 (dagdienst poli-apotheker Arnhem)*

*tijdens diensturen faxen naar 026 – 2020 801 en bellen naar 026 – 2020 800 (dienstapotheek Arnhem)*

**R/**

 [ ]  Morfine infuuszak 100 ml [ ]  **1 mg / ml** éénhonderd milligram in honderd milliliter\*\*

[ ]  5 mg / ml vijfhonderd milligram in honderd milliliter

 [ ]  **10 mg / ml** éénduizend milligram in honderd milliliter\*\*

 [ ]  20 mg / ml tweeduizend milligram in honderd milliliter

 Gebruik per uur =       mg =       ml sc / iv \*

 Bolus:       mg =       ml, maximaal       x per 24 uur.

 DOORLOPEND LEVEREN TOT NADER ORDER / ......... stuk(s) \*

 [ ]  Midazolam cassette 100 ml [ ]  2,5 mg / ml

 **[ ]  5 mg / ml\*\***

 [ ]  Continue sedatie

 [ ]  Nachtelijke sedatie

 Gebruik per uur =       mg =       ml sc / iv\*

 DOORLOPEND LEVEREN TOT NADER ORDER / ….. stuk(s) \*

 [ ]

**Bijzonderheden:**

Datum voorschrijven:

Paraaf voorschrijver:

*\* Doorstrepen wat niet van toepassing is.*

*\*\* De Morfine 1 mg/ml en 10 mg/ml en Midazolam 5 mg/ml kunnen uit voorraad direct worden geleverd.*