Navn:……………………………………… Leveringsadresse:……………………………

Fødselsnr (11 siffer):………………………. ……………………………………………...

Adresse:……………………………………. Tlf, Leveringsted:……………………………

……………………………………………..

Kommune:…………………………………

Tlf:…………………………………………

**BESTILLIGNSLISTE PÅ UTSTYR TIL EPIDURAL - OG SPINALKATETER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn på utstyr** | **Refnr** | **Antall** |
| Hanske sterile (operasjon) (50 stk/pk) M |  |  |
| Hansker sterile, enkeltpakket M |  |  |
| Sterile kompresser, 10x10cm (150 stk/pk) |  |  |
| Perifix epid filt  | 451 5501 |  |
| Mediplast 10x12 cm (50 stk/pk) | 60701130 |  |
| Perifix pin-pad til epidural (25 stk/pk) | 45 155 10 |  |
|  |  |  |
| Terumo sprøyter 2,5 ml |  | 5 stk |
| Perifix Catheter Connector (25 stk/pk) | 45 13 800 |  |
| Apowipe Iv port Disinfection |  |  |
| CADD Extensionset 152cm | 21-7062-24 |  |
| CADD Administration Set | 21-7322-24 |  |
| Skiftesett (50 stk/pk) | 79.1000.00 |  |
| Micropore 2,5 cm |  |  |
| Klorhexidinsprit 5mg/ml, 125ml |  |  |
| NaCl 9mg/ml 10 ml |  |  |

Sted, dato:……………………………

Lege:…………………………………

ID.nr:………………………………...