Navn: ………………………………………

Fødselsnr (11 siffer): ……………………….

Adresse: …………………………………….

……………………………………………..

Kommune: …………………………………

**RESEPT PÅ UTSTYR TIL GALLEDREN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn på utstyr** | **Refnr** | **Antall** |
| Mesoft sterile 10x10cm – 75x2stk | 156340 |  |
| Skater fix drenasje fiksering – 25stk | 802500001 |  |
| MM drenasjeposer – 10 stk | A10500350 |  |
| Skiftesett – 1 stk | 60171134T |  |
| Sterile hansker – 1 par | Str:  |  |
| NaCl ferdigfylte sprøyter 10ml | 90315 |  |
| Klorhexidin 5mg/ml – 125ml | 124703 |  |
| Filmbandasje 10x12cm | 60701130 |  |
| Propp luer/lock combi rød | 4495101 |  |
| Secutape fiksering 15x4,5cm | 8500311 |  |
| Mellomstykke 15 cm kran | 404043015 |  |
| Apowipe desinfeksjon | 021871 |  |

Sted, dato:……………………………

Lege:……………………………………. Oppdatert 03.03.2025

Legen sender søknad til REB og kopi legges ved denne listen til Sjukehusapoteket