

Navn/Cpr/adresse/telefon nr _____

Patientens stamafdeling/rekvirent nr (**Vigtigt**):

Hickmann kateter forbrugsliste

Varenummer	Vejledende forbrugsliste	Pr. uge	Pr. 4 uger
212045	Klorhexidinsprit (afspritning af bord)		
829077	Sterilt afdækningsstykke	1	
804438	Hospitalsservietter 0,5	4	
806414	Engangspincetter sterile	4	
211324	Tegaderm iv 1635	2	
803767	Affaldsposer		
803726	Inj. svabs	1 kasse	
803676	Kanylespand		
799494	Micropore tape	1	
804162	1 pean ved første levering	1	
841098	Lukke prop	7	
800071	Opsite badeplaster	1 rulle	
OBS	Udskrivende afsnit udfylder flg. lft egen/aftalt praksis		
803095	Infusionssæt uden pumpe		
930475	Infusionssæt til pumpe		
803643	5 ml sprøjte		
803650	10 ml sprøjter		
405168	20 ml NaCl isotonisk		
237867	Kanyler lyserøde		
804340	Forfyldte 10 ml NaCl sprøjter		
742296	Heparin 100 IE/ml 10X10 ml		
824409	Handsker sterile str M	2 kasser	
802215	Nitrilhandsker usterile str M	1 kasse	