



Apomorfine receptformulier (Ook voor wijzigingen in pompstanden)

Patiëntgegevens

BSN: _____
Naam patiënt: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Telefoon: _____
Mobiel: _____

Alternatief afleveradres

Instelling: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
Contactpersoon: _____
WLZ Ja Nee

R/

Pomp APO-go® **5 2,5 1,25** mg/ml |
Infuusnaald 90° - naald **6 9** mm | infuuslijn **60 110** cm
Infuusnaald 45° - naald **13** mm (alleen 60cm lijn) **17** mm | infuuslijn **60 80 110** cm
S. Flow 1 _____ mg/uur van/tot: _____ uur (=F _____ ml)
S. Flow 2 _____ mg/uur van/tot: _____ uur (=F _____ ml)
S. Flow 3 _____ mg/uur van/tot: _____ uur (=F _____ ml)
S. Flow 0 _____ mg/uur van/tot: _____ uur starttijd: _____ u
(in deze periode doet de pomp niets)

S. Bolus _____ mg/uur maximaal _____ maal / 24 uur

Begin en eindtijd pomp mag aangepast worden door AZ aan dag- en nachtritme van de patiënt

Betreft pompstand wijziging: wijziging wordt doorgevoerd door zkh/instelling verpleegkundige AZ

APO-go® pen Injectievlloeistof 10mg/ml wwsp 3 ml

Naalden **8 12** mm

S _____ mg, Maximaal _____ maal / 24 uur

Domperidon tablet 10 mg **S**. Zo nodig 3 maal daags 1 tablet, of anders: _____

Geldig voor 12 maanden, of anders: _____

Uitvoeringsverzoek medisch handelen

Hierbij geef ik ApotheekZorg toestemming voor begeleiding, (wijzigingen) pompinstelling en toediening indien nodig volgens het zorgprogramma

Voorschrijver

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld. Bij indienen van deze aanmelding ga ik akkoord met deelname aan het programma en met de verwerking van mijn persoonsgegevens, volgens de doeleinden zoals beschreven in het Privacy Statement. Ik ga ermee akkoord dat de fabrikant van het geneesmiddel in uitzonderlijke gevallen contact met mij zal opnemen in het kader van een bijwerking of productklacht.

Naam arts: _____

Datum: _____

AGB code arts: _____

Handtekening: _____

Instelling: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Stuur het ingevulde receptformulier naar ApotheekZorg, Antwoordnummer 5530, 5530 ZX Bladel

Liever digitaal voorschrijven? Ga naar zorgverleners.apotheekzorg.nl/prescribe