

## 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 [www.apotheekzorg.nl/zorgverleners/digitaal-voorschrijven](http://www.apotheekzorg.nl/zorgverleners/digitaal-voorschrijven)