

Rekvirering av TPN til Barne- & Ungdomsavdelingen

Fra Sykehusapoteket

Pasientnavn/fødselsnummer:

Dette skjemaet benyttes **første dagen** pasienten skal ha TPN, og hver gang det er **endringer**. Rekvisisjonen oppbevares på apoteket. Sykepleier kan ringe apoteket ved daglige bestillinger senere. Som hovedregel bestilles TPN før kl. 12, ferdig produsert før kl. 16. Trenger man det tidligere, så må dette avtales spesielt.

Vekt (kg):

Ant ml ernæring som skal gis pr døgn: _____

SENTRAL - Disse må gis i sentralt venekateter (CVK) eller Picc-line.				
Type	Volum	Energi	Osmolaritet	Sett kryss
Numeta G16E (< 2 år)	500 ml	517 kcal	1230 mosm/l	
Numeta G19E (2-18 år)	1000 ml	1140 kcal	1460 mosm/l	

PERIFER - Disse kan også gis i perifer vene etter fortykning på apoteket.

Eventuelt spesifiser ønsket fortykning i tom rubrikk.

Type	Volum	Sterilt vann	Energi	Osmolaritet	Sett kryss
Numeta G16E perifer	500 ml	+ 270 ml	517 kcal	800 mosm/l*	
Numeta G19E perifer	1000 ml	+ 725 ml	1140 kcal	846 mosm/l*	

*Verdien på osmolaritet er kun gjeldende ved inkludering av alle tre kamrene (fett, glukose og aminosyrer).

Andre typer parenteral ernæring					
Type	Volum			Osmolaritet	Sett kryss

Tilsetninger

Vitaminer og sporstoffer tilsettes rutinemessig. Kryss av for valgt alternativ og evt. beregn mengde

Sporstoff		Ant ml	Sett kryss
Peditrace® (Nyfødt og barn)	Barn opp til 15 kg	1 ml/kg/dag	
	Barn > 15 kg	15 ml	
Addaven® (flere sporstoffer) (Voksne og barn > 15 kg)	Barn > 15 kg: 0,1 ml/kg/dag		
	Voksne	10 ml	

Vitaminer, vannløselige:		Ant ml	Sett kryss
Soluvit®	Barn < 10 kg: 1/10 hetteglass per kg kroppsvekt/dag (1 hgl fortyknes i 10 ml sterilt vann)		
	Barn > 10 kg og voksne	1 hgl	

Vitaminer, fettløselige:		Ant ml	Sett kryss
Vitalipid Infant®	Premature og undervektige barn opp til 2,5 kg: 4 ml/kg kroppsvekt/dag		
	Barn > 2,5 kg t.o.m. 10 år	10 ml	
Vitalipid Adult®	Barn > 11 år og voksne: 10 ml/døgn	10 ml	

Elektrolytter	Ekstra tilsetninger av elektrolytter kan gjøres innenfor anbefalte tilsetningsgrenser

Rekvisisjonen er gyldig i: 3 mnd.: _____ 6 mnd.: _____ 12 mnd.: _____

Dato: _____ Legeunderskrift: _____ ID-nr.: _____

Rekvisisjonsskjemaet er kun for pasienter innlagt på sykehuset. Ved utskrivning og fortsatt behov for TPN, skal det skrives resept og søkes HELFO om refusjon (Skjema for legemidler – ikke ernæring).

Det er kun sykehusapotek som kan gjøre tilsetninger til TPN.