* Voor het aanvragen van **gestandaardiseerde bereidingen** (bereidingen uit het FNA,LNA-mededelingen of producten die voorkomen op de lijst gestandaardiseerde bereidingen ZGT): vul **alleen het eerste gedeelte** van dit formulier in.
* Voor het aanvragen van **niet gestandaardiseerde bereidingen**: vul het formulier **volledig** in.

Stuur **ook altijd een kopie van het recept** mee voorzien van naam, geboortedatum en BSN van de patiënt

* Voor het aanvragen van VTGM (zoals cassettes, pompjes infuuszakken) kunt u het aanvraagformulier VTGM gebruiken.

[ ]  **GIB** [ ]  **NGIB**

 Gestandaardiseerde bereiding Niet gestandaardiseerde bereiding

|  |
| --- |
| **Gegevens aanvrager/contactpersoon**  |
| Naam: |       |
| Apotheek: |       |
| Telefoonnummer: |       |
| Faxnummer: |       |

|  |
| --- |
| **Patiëntgegevens** |
| Naam: |       |
| Geboortedatum: |       |
| BSN-nummer: |       |

|  |
| --- |
| **Aangevraagd product GIB (gestandaardiseerde bereiding) - recept meesturen** |
| Naam + sterkte van het product: |       |
| Artikelnummer:  |       |
| Gewenste aantal/hoeveelheid:  |       |

|  |
| --- |
| **Aangevraagde apotheekbereiding NGIB (niet gestandaardiseerd) - recept meesturen** |
| Betreft: | [ ]  **Herhaling** aanvraag bereiding niet in assortiment voor **dezelfde patiënt**. **Eerder verstrekt op (datum)**:­     ­­­­­­­­­­­­­­[ ]  Nieuwe aanvraag bereiding niet in assortiment |
| Naam/samenstelling: |       |
| Sterkte:*(vb. mg of concentratie in mg/ml)* |       |
| Toedieningsweg:*(vb. oraal/cutaan)* |       |
| Doseervorm:*(vb. capsule/crème)* |        |
| Hoeveelheid: *(vb. aantal eenheden/eindvolume)* |       |
| Geschatte gebruiksduur:*(ivm houdbaarheid; bijv. chronisch/ gedurende 1 week)* |       |

|  |
| --- |
| **Voorschrijver** |
| Naam voorschrijver: |       |
| Functie/specialisme: |       |

Dit deel hoeft **niet** ingevuld te worden **bij herhalingen**.

Bij LNA/FNA-producten volstaat de opmerking ‘Conform LNA/FNA’.

|  |
| --- |
| **Farmacotherapeutische rationaliteit** |
| Therapeutische indicatie/beoogd effect: |       |
| **Reden waarom de gevraagde bereiding de voorkeur krijgt (meerwaarde):** |
| Standaardtherapie:  |       |
| Reden van afwijken: *(werkzaamheid/effectiviteit/veiligheid)* |       |
| Geregistreerd handelspreparaat beschikbaar?  | [ ] JA [ ] NEE |
| Handelspreparaat niet geschikt voor patiënt wegens: *(toepasbaarheid/gebruiksgemak/**gebruiksvriendelijkheid/kwaliteit van leven)* |       |
| **Logistiek** |
| Kruis aan: ophalen/opsturen | *Indien de gewenste ophaaldatum/verstuurdatum eerder dan 3 werkdagen is, dient eerst telefonisch overleg plaats te vinden.* |
| [ ]  **OPHALEN**Fax naar de locatie waar de bereiding opgehaald wordt. | Gewenste ophaaldatum:  |       |
|  | Gewenst ophaaltijdstip:  |       |
|  | [ ] ZGT Almelo F: 088 708 3166 | [ ]  ZGT Hengelo F: 088 708 5399 |
| [ ]  **OPSTUREN** Fax dit formulier naar de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie.  | *Uw pakket wordt zsm naar u toe verzonden. Geneesmiddelen die koel bewaard moeten worden en opiaten worden niet opgestuurd.* |
|  | [ ]  ZGT Almelo F: 088 708 3166 | [ ]  ZGT Hengelo F: 088 708 5399 |

**In te vullen door ZGT Apotheek**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Akkoord dagapotheker frontoffice** | Paraaf: | Datum: |
| I.v.m. ziekenhuisverplaatste zorg:  | [ ]  Wel factureren [ ]  Niet factureren | Paraaf medewerker: |
| In behandeling genomen door:  |       |
| **In te vullen door backoffice apotheker** |
| Ontwerp samenstelling: |       |
| Weegt de meerwaarde voor de patiënt op tegen de risico’s van het bereiden? | [ ]  JA [ ]  NEE |
| Conclusie: | [ ]  Niet bereiden / [ ]  Bereiden cf aanvraag / [ ]  Anders, nl.: |
| Naam apotheker:       | Paraaf:       | Datum:       |
| **In te vullen door afdeling Geneesmiddelenproductie** |
| Voorschrift opgesteld door: |       | Voorschrift gecontroleerd door: |       |
| Chargenummer product: |       | Naam / paraaf bereider: |       |
| Datum / tijd levering: |       | Bestelnummer: |       |
| Bijzonderheden / opmerkingen:       |
| **In te vullen door afdeling Farmaceutische Patiëntenzorg** |
| Picklijstnummer:       | Boekingsdatum:       | Factuur:[ ]  Ja / [ ]  Nee | Verzendkosten: [ ]  Ja / [ ]  Nee | Afleverparaaf assistente:      |
| Bijzonderheden / opmerkingen:       |