* 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: | | | | | | | | | | | | | | |