

## Hoitotarvikesuositus ruokinta-avannepotilaalle

---

### Henkilötiedot

Potilaan nimi ja syntymäaika \_\_\_\_\_

Kotiosoite \_\_\_\_\_

Diagnoosi \_\_\_\_\_

### Tarvittavat tuotteet: (merkitse myös tuotenumerot, jos mahdollista)

bolustuubi \_\_\_\_\_

syöttönappi \_\_\_\_\_

kulmaletku nappiin \_\_\_\_\_

suora letku nappiin \_\_\_\_\_

10 ml ruiskuja \_\_\_\_\_

100 ml ruiskuja \_\_\_\_\_

ravinnonsiirtoletkuja \_\_\_\_\_

muuta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

päiväys ja allekirjoitus

### Yhteystiedot

Tähystysyksikkö  
Maanantaista perjantaihin kello 8.00-15.00  
Puhelin 02 627 7961