

Navn – CPR-nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

Randomisering	
<input type="checkbox"/> Regime 1, fuld aksilrømning	Patient nummer _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Regime 2, ingen yderlige aksilrømning	
Dato for randomisering: _ _ _ _ _ _ _ _	