

הדבקת מדבקה

פרטי המטופל

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ

ת.ז. | | | | | | | | | | גיל: _____

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

פרטי המחלקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

בית חולים: _____

משקל (ק"ג): _____ GFR: _____

מחלקה: _____

טלפון לבריורים: _____

אבחנה: _____

הזלפה לסירוגין: משאבת - Intermate

שם התרופה CAPITAL LETTERS	מינון למנה	מס' מנות ביום	סוג הממס	נפח הממס (מ"ל)	משך עירוי התרופה (דקות)	מס' ימי הטיפול
			DEX 5% / NaCl 0.9%	50 / 100 / 250	אחר / 120 / 60 / 30	
			DEX 5% / NaCl 0.9%	50 / 100 / 250	אחר / 120 / 60 / 30	
			DEX 5% / NaCl 0.9%	50 / 100 / 250	אחר / 120 / 60 / 30	

הזלפה ממושכת/רציפה: משאבת - Infusor

שם התרופה	מינון למנה	סוג הממס	משך עירוי התרופה (שעות)	מס' ימי הטיפול
		DEX 5% / NaCl 0.9%	11 / 12 / 20 / 22 / 23 / 24	

שקית עירוי: האם יש צורך במשאבה אלקטרונית? כן לא ציין: _____

שם התרופה	מינון למנה	סוג הממס	נפח הממס (מ"ל)	משך עירוי התרופה (דקות)	מס' מנות ביום	מס' ימי הטיפול
		DEX 5% / NaCl 0.9%				
		DEX 5% / NaCl 0.9%				

האם המטופל נחשף לכל התרופות הכלולות במרשם? כן לא לאילו תרופות לא נחשף: _____

רגישות לתרופות: כן לא ציין: _____

HEPARIN	שטיפת הצנתר	סוג הצנתר
HEPARIN 100u/cc - 5cc <input type="checkbox"/>	NaCl 0.9% 10cc <input type="checkbox"/>	היקפי קצר <input type="checkbox"/>
HEPARIN 10u/cc - 5cc <input type="checkbox"/>		HICKMAN <input type="checkbox"/>
		PICC LINE <input type="checkbox"/>
		HICKMAN DOUBLE-L <input type="checkbox"/>
		PICC LINE DOUBLE-L <input type="checkbox"/>
		PORT-A-CATH <input type="checkbox"/>

חותמת וחתימה:

מבטח/מחוז

איש קשר במחוז:

תאריך אישור המבטח:

הערות המבטח:

תאריך:

שם וחתימת הרופא:

יש להחתיים את המטופל על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחתימת ברורים