

### תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

\_\_\_\_\_

### פרטי המחלקה

בית חולים: \_\_\_\_\_

מחלקה: \_\_\_\_\_

טלפון לבירורים: \_\_\_\_\_

### פרטי המטופל

שם פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

ת.ז. \_\_\_\_\_ | תאריך לידה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ מדבקה \_\_\_\_\_ מבטח: \_\_\_\_\_

נייד מטופל: \_\_\_\_\_ נייד משפחה: \_\_\_\_\_

משקל (ק"ג): \_\_\_\_\_

אבחנה: \_\_\_\_\_

### הזלפה לסירוגין: משאבת - Interimate

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%	50 / 100 / 250	30 / 60 / 120		
		DEX 5% / NaCl 0.9%	50 / 100 / 250	30 / 60 / 120		
		DEX 5% / NaCl 0.9%	50 / 100 / 250	30 / 60 / 120		

### הזלפה ממושכת/רציפה: משאבת - Infusor

שם התרופה	מינון למנה	סוג הממס	משך עירוי התרופה (דקות)	מס' ימי הטיפול
		DEX 5% / NaCl 0.9%	20 / 21 / 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%				

### טיפול תרופתי במזרק:

שם התרופה	דרך מתן	מינון למנה	מס' מנות ליום	מס' ימי הטיפול
CLEXANE	S.C.	mg		
NEUPOGEN	S.C.	mg		

האם המטופל נחשף לתרופות המופיעות במרשם הנ"ל: כן  לא  ציין: \_\_\_\_\_

רגישות לתרופות: כן  לא  ציין: \_\_\_\_\_

### HEPARIN

HEPARIN 100u/cc - 5cc

HEPARIN 10u/cc - 5cc

מס' שטיפות הפרין ליום

### שטיפת הצנתר

NaCl 0.9% 10cc

מס' שטיפות ליום

### סוג הצנתר

HICKMAN DOUBLE-L  היקפי קצר

PICC LINE DOUBLE-L  HICKMAN

PORT-A-CATH  PICC LINE

אחר

תאריך:

שם וחתמת הרופא:

הערות:

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים