

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

פרטי המחלקה

בית חולים:

מחלקה:

טלפון לבירורים:

שם מרפאה מטפלת:

טלפון לבירורים:

פרטי המטופל

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

ת.ז. | | | | | | | | | | תאריך לידה: _____

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

PORT-A-CATH

HICKMAN

PICC LINE

סוג הצנתר:

2

1

מס' לומנים

לחודש

לשבוע

חבישה:

שטיפת הצנתר:

:NaCl

NaCl 0.9% - 10 ML NaCl 0.9% שטיפה בנפח חלקי מ"ל

לחודש

לשבוע

:HEPARIN

100u/cc - 5cc 10u/cc - 5cc Heparin שטיפה בנפח חלקי

לחודש

לשבוע

משך זמן הטיפול (מקסימום 12 חודשים) _____ חודשים

תאריך:

שם וחתמת הרופא: