

פרטי המטופל

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ _____
 ת.ז. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ תאריך לידה: _____
 כתובת: _____ ישוב: _____
 מבטח: _____ מדבקה

פרטי המחלקה

בית חולים: _____
 מחלקה: _____
 טלפון לבירורים: _____

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____
 אבחנה: _____
 רגישות: _____

הטיפול ינתן אחת ל: הקף/י את האפשרות הרצויה

שבוע שבועיים שלושה שבועות

פירוט פרוטוקול מלא (נא לציין תרופות): _____
 משקל (ק"ג): _____ גובה (מ'): _____ שטח גוף (מ²): _____

מדריך לבחירת משך מתן בגב המרשם

CONTINUOUS INFUSION - INFUSOR

מס' קורסים	משך העירוי	סוג הממס	סה"כ מינון באינפוזור	מינון יומי (mg)	שם התרופה
_____	_____	NaCl 0.9% _____	_____	_____	5-FLUOROURACIL
_____	_____	DEX5 5% _____	_____	_____	_____

ימולא ע"י המחוז ניתוק בקהילה: _____ כן _____ לא _____

HEPARIN 10u/cc - 5cc _____ HEPARIN 100u/cc - 5cc _____ HEPARIN שטיפת _____: HEPARIN

תאריך: _____ שם וחתמת הרופא: _____ הערות: _____

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

המידע במרשם/עלון זה מבוסס על עלוים/ים לרפוא שיקולים להתעדכן מעת לעת. לפני מילוי המרשם יש לעיין בעלון העדכני לרפוא

לשימוש צוות רפואי בלבד

מק"ט 007 Remedix
טופס מרשם לעליוי רפוא