

מרשם לשימוש ב־Deferoxamine

וטופל		תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:
י: משפחה:		
	ישוב:	
	מבטח:	
מדבקה		פרטי המחלקה
פל: נייד מ	ושפחה:	בית חולים:
	משקל (ק״ג):	מחלקה:
		טלפון לבירורים:

הזלפה תת עורית (SC) באמצעות משאבה

סוג הממס: Water for injectin, מזרק 20 מ"ל עם 20 מ"ל ממס, נפח סופי 20 מ"ל

תוקף	מס' מנות	משך ההזלפה	מינון	שם התרופה
מרשם	לשבוע	(שעות)	למנה	
				DEFEROXAMINE

:תאריך	שם וחתימת הרופא:	הערות:
יש להחתים את המטופל		:
על טופס הסכמה	המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים 📙	

ן בי | | | Remedix 004 ט"ס אופס מרשם למילוי רופא