

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי:

_____ X

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: _____ X

משקל (ק"ג) _____

אבחנה: _____

יש לבחור לפי המינון הרצוי -

העירוי למשך 30 דקות באמצעות Intermate בקצב 200 מ"ל לשעה בממס 0.9% NaCl

שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	נפח מנה	מס' ימי טיפול
ONDANSETRON	8mg zofran	2/d	100cc	7 days



שקית נוזלים

שם התמיסה	נפח מנה	מס' שקיות ביום	זמן טיפול
Lactated Ringer's (Hartmann's solution)	GRAVITATION	1000+500cc	7 days

מזרקי שטיפה

HEPARIN ללא NaCl 0.9% 5ml

סוג צנתר

BRANULA

תאריך:

שם וחתמת הרופא:

X

יש להחתיים את המטופל על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

לשימוש צוות רפואי בלבד

טל': 08-8510251, 1-800-600-700 | פקס: 08-6532561

נא לשלוח לדוא"ל: Remedix.Beity@remedix-care.co.il