

### 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: \_\_\_\_\_ מבטח: \_\_\_\_\_

### מדבקה

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

משקל (ק"ג): \_\_\_\_\_

אבחנה: \_\_\_\_\_

### הזלפה לסירוגין: משאבת - Intermate

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%	_____	_____	_____	_____

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

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

HEPARIN	שטיפת הצנתר	סוג הצנתר
HEPARIN 100u/cc - 5cc <input type="checkbox"/>	NaCl 0.9% 10cc <input type="checkbox"/>	היקפי קצר <input type="checkbox"/>
HEPARIN 10u/cc - 5cc <input type="checkbox"/>		HICKMAN <input type="checkbox"/>
מס' שטיפות הפרין ליום <input type="checkbox"/>		PICC LINE <input type="checkbox"/>
		PORT-A-CATH <input type="checkbox"/>
		HICKMAN DOUBLE-L <input type="checkbox"/>
		PICC LINE DOUBLE-L <input type="checkbox"/>
		אחר <input type="checkbox"/>

### תוקף מרשם עד:

תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא/ה + חותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא/ה + חותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא/ה + חותמת: \_\_\_\_\_

### תאריך:

### שם וחתימת הרופא:

יש להחתיים את המטופל על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

הערות: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_