מרשם לטיפול תרופתי ועירוי נוזלים בבחילות והקאות

Remedix care
BY SUPER-PHARM

פרטי המטופל _____

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז/נ

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

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

אבחנה: _____ משקל (ק"ג): _____

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית: _____

תוקף מרשם עד: _____

פרטי המחלקה _____

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

טיפול תרופתי

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

שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	משך הטיפול
ONDANSETRON	8mg		

עירוי נוזלים

משך הטיפול	מספר שקיות ליממה	נפח מ"ל	שם התמיסה
	פעמים	500	Lactated Ringer's (Hartmann's solution)
	פעם אחת	1500	Lactated Ringer's (Hartmann's solution)

סוג הצנתר	שטיפת הצנתר	HEPARIN
_____ היקפי קצר	_____ NaCl 0.9% 10cc	_____ HEPARIN 100u/cc - 5cc
_____ PICC LINE	_____ מס' שטיפות ליום	_____ HEPARIN 10u/cc - 5cc
_____ אחר		_____ מס' שטיפות הפרין ליום

הערות: _____

שם וחתימת הרופא: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

תאריך: _____

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה

מק"ט 011 Remedix
טופס מרשם למילוי רופא

המידע במרשם/עלון זה מבוסס על עלון/ים לרופא שיכולים להתעדכן מעת לעת. לפני מילוי המרשם יש לעיין בעלון העדכני לרופא

לשימוש צוות רפואי בלבד

טל': 08-8510251, 1-800-600-700 | פקס: 08-6532561
נא לשלוח לדוא"ל: Remedix.Beity@remedix-care.co.il