



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: _____

שם התרופה	דרך מתן	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי הטיפול
CLEXANE	S.C.	_____ mg	_____	_____
NEUPOGEN	S.C.	_____ mcg	_____	_____

שם התרופה	דרך מתן	מינון למנה יש לציין יח'	סוג הממס	נפח הממס יש לציין יח'	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
	IV / S.C. / *PD					

* Peritoneal dialysis

האם המטופל נחשף לטיפול התרופתי המופיע במרשם זה: כן לא ציין: _____

רגישות לתרופות - ציין: _____

הערות: _____

שם וחתימת הרופא: _____

תאריך: _____

יש להחתיים את המטופל
על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחתימת ברורים