Remedix care
BY SUPER-PHARM

תחזוקת צנתר - מרשם חודשי

פרטי המטופל

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ

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

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

רגישות: _____

_____

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

_____

פרטי המחלקה

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

סוג הצנתר: ☐ PICC LINE ☐ HICKMAN ☐ PORT-A-CATH

מס' לומנים 1 ☐ 2 ☐

סוג חבישה:

☐ חבישת בד ☐ גדול ☐ קטן כמות יח' _____ לשבוע

☐ חבישה שקופה ☐ גדול ☐ קטן כמות יח' _____ לשבוע

ציוד נלווה:

☐ כפפות סטריליות - מידה ☐ 6.5 ☐ 7.5 ☐ 8.5

☐ כלורהקסידין 500 מ"ל

☐ פקק אל חזור אחד לשבוע כמות יח' _____ לשבוע

שטיפת הצנתר:

☐ HEPARIN 10 UNIT/ML - מזרק 5ML כמות יח' _____ לשבוע _____

☐ HEPARIN 100 UNIT/ML - מזרק 5ML כמות יח' _____ לשבוע _____

☐ NaCl 0.9% - 10 ML כמות יח' _____ לשבוע _____

הערות: _____

_____

_____

_____

שם וחתימת הרופא: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

תאריך: _____

יש להחתים את המטופל
על טופס הסכמה

Remedix 042 מק"ט
טופס מרשם למילוי רופא

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

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