

מאריך התחלת הטיפול: _____

פרטי המטופל

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

ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____ ישוב: _____

מבטח: _____

מדבקה

פרטי המחלקה

בית חולים: _____

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

מחלקה: _____

משקל (ק"ג) _____

טלפון לבירורים: _____

אבחנה: _____

יש לבחור לפי המינון הרצוי -

טיפול תרופתי עם שקית עירוי 0.9% NaCl

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

שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
GRANISETRON	100ml		
PANTOPRAZOLE	100ml	40mg	
PANTOPRAZOLE	100ml	20mg	
METOCLOPRAMIDE	30ml	10mg	



שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
ONDANSETRON	4mg		
ONDANSETRON	8mg		



שקית נוזלים

שם התמיסה	נפח מ"ל	מס' ימי טיפול	מס' שקיות ביום
Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000		
Lactated Ringer's (Hartmann's solution)	1000		
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000		

האם המטופל נחשף לטיפול התרופתי הנ"ל? כן לא ציין: _____

גישות לתרופות - ציין: _____

סוג צנתר

HEPARIN 10u/cc - 5MI

שטיפת הצנתר

NaCl 0.9% 10cc HICKMAN DOUBLE-L היקפי קצר HEPARIN 100u/cc - 5MI PICC LINE DOUBLE-L HICKMAN מס' שטיפות ליום PORT-A-CATH PICC LINE אחר

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: _____

הערות: _____

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