Remedix care
BY SUPER-PHARM

מרשם TPN ביתי
Triomel Ready To Use

פרטי המטופל

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

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

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

אבחנה: _____

רגישות: _____ משקל: _____ ק"ג

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

_____

תוקף מרשם עד: _____

מס' ימי טיפול בשבוע: 1 2 3 4 5 6 7

לשלוח שקית חשיפה ראשונית לביה"ח: כן ____ לא ____

פרטי המחלקה

בית חולים: _____

מחלקה: _____

דיאטנית: _____

טלפון: _____ חתימה: _____

בחירת טיפול (נא סמן X במשבצת המתאימה)

Peripheral & Central	Triomel N4E	2000mL ☐
		2500mL ☐
Central	Triomel N7E	1500mL ☐
		2000mL ☐
	Triomel N9E	1000mL ☐
		1500mL ☐
		2000mL ☐

סוג צנתר

HICKMAN SINGLE LUMEN ☐ PORT-A-CATH ☐

HICKMAN DOUBLE LUMEN ☐ PICC LINE ☐

שטיפת הצנתר NaCl 0.9% 10cc

מס' שטיפות ליום ____

Taurolidine 2% ____ ml ☐

TauroLock - 2 ml ☐

HEPARIN

HEPARIN 100u/cc - 5cc ☐

HEPARIN 10u/cc - 5cc ☐

מס' שטיפות ליום ☐

*Cernevit - Multivtami® _____ mL

*Nutryelt - Multi trace elements® _____ mL

Vit K 150mcg ☐

Other _____

ELECTROLYTES

יש לכתוב את כמות התוספת המבוקשת בנוסף על הקיים בתכולת השקית

Sodium _____ mEq

Potasium _____ mEq

Calcium _____ mEq

Magnesium _____ mEq

Phosphate _____ mmol

Other _____

נפח סופי יומי _____ mL ק. קלוריות (Kcal) ☐ משך העירוי (שעות) ☐ קצב עירוי (ml/h) ☐

תוקף מרשם עד: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

הערות: _____

שם וחתימת הרופא: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

תאריך: _____

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה

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

מק"ט Remedix 044
טופס מרשם למילוי רופא

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

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