

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): _____

רגישות: _____

תאריך האספקה: _____

מקום האספקה: _____

תוקף מרשם עד: _____

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

מרשם טוקסיקה - ניתן עד חודש ימים בלבד

שם התרופה (באותיות גדולות וברורות)	ריכוז מ"ג/מ"ל	נפח כולל בכלי קיבול	מינון כולל בכלי קיבול	סוג הממס	מס' כלי קיבול (בספרות ובאותיות)	משך ימי טיפול בימים (בספרות ובמילים)
MORPHINE						

קצב עירוי: בזאלי _____ מ"ג/שעה, בולוסים של _____ מ"ג/שעה _____ מס' בולוסים ביממה

ריכוז מורפין מקסימלי 20 מ"ג/מ"ל

סוג הצנתר:

HICKMAN S.C.
 אחר הקפי קצר (ונפלוון)
 PICC LINE
 PORT-A-CATH

שטיפת הצנתר:

ללא שטיפת HEPARIN ללא שטיפה
 HEPARIN 100u/cc - 5cc NaCl 0.9% 10cc
 HEPARIN 10u/cc - 5cc

מס' שטיפות ליום _____ מס' שטיפות ליום _____

איסוף מרשם מקור

כתובת לאיסוף מרשם מקור: _____

איש קשר לאיסוף מרשם: _____ טלפון: _____

הערות: _____

שם וחתמת הרופא: _____

תאריך: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

יש להחתיים את המטופל על טופס הסכמה

מק"ט 006 Remedix
טופס מרשם למילוי רופא