

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:	פרטי המטופל
תוקף מרשם עד:	שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ
פרטי המחלקה	ת.ז.                     תאריך לידה: _____
בית חולים:	כתובת: _____ ישוב: _____
מחלקה:	טלפון: _____ מבטח: _____ מדבקה
טלפון לבירורים:	נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____
	רגישות: _____

## שלב 1: אספקה עבור טיטרציה אפומורפין

האספקה כוללת משאבת אפומורפין עם ציוד נלווה, מזרקי אפומורפין בנפח 20 מ"ל (ממס 0.9% NaCl)

שם התרופה	סה"כ מינון במזרק (מ"ג)	מספר מזרקים
Apomorphine		

## שלב 2: מינונים נדרשים לאחר טיטרציה

הזלפה רציפה עם מזרק בנפח 20 מ"ל (ממס 0.9% NaCl)

שם התרופה	סה"כ מינון במזרק (מ"ג)*	קצב מ"ג/שעה	משך ההזלפה, שעות	מס' מזרקים ביממה	מס' ימי טיפול בשבוע
Apomorphine					

\* המינון הסופי הנו חיבור של המינון השעתי הקבוע ושל מנות דחף (בהתאם לצורך)

תאריך:	שם וחתמת הרופא:	הערות:
יש להחתיים את המטופל על טופס הסכמה	המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים	