Remedix care
BY SUPER-PHARM

מרשם (TPN) ביתי
הכנה מותאמת אישית

פרטי המטופל

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

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

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

רגישות: _____ טיפול תרופתי: _____

משקל: _____ ק"ג אבחנה: _____

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: _____

BASE COMPONENTS	ELECTROLYTES	Vitamins	Trace Elements
AMINO ACIDS ___ gr	Sodium ___ mEq	Cernevit® ___ ml	Zinc ___ mg
☐ Synthamin®	Potasium ___ mEq	Soluvit N® ___ ml	Selenium ___ mcg
☐ Primene®	Calcium ___ mEq	Vitalipid N infant® ___ ml	Multi Trace ___ ml
FAT EMULSION ___ gr	Magnesium ___ mEq	Vit K 150mcg ☐	☐ Nutryelt®
☐ Clinoleic®	Phosphate ___ mmol		☐ Junyelt®
☐ Other _____	Other _____		For 10 ml JUNYELT (1 ampoule) Zinc (Zn) 1000µg Copper (Cu) 200µg Manganese (Mn) 5µg Iodine (I) 10µg Selenium (Se) 20µg
DEXTROSE ___ gr			Other _____

TOTAL VOLUME PER BAG _____ **ml**

(הערה: כל הערכים במרשם מתייחסים לכמות הכללית בשקית ה-TPN)

ק. קלוריות (Kcal) _____ **משך העירוי (שעות)** _____ **קצב העירוי (ml/h)** _____

סוג הצנתר:

☐ HICKMAN SINGLE LUMEN ☐ PORT-A-CATH

☐ HICKMAN DOUBLE LUMEN ☐ PICC LINE

שטיפת הצנתר NaCl 0.9% 10cc

מס' שטיפות ליום ☐

Taurolidine 2% ____ **ml** ☐

TauroLock Classic - 2 ml ☐

HEPARIN

HEPARIN 100u/cc - 5cc ☐

HEPARIN 10u/cc - 5cc ☐

מס' שטיפות ליום ☐

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 עלונים לרופא שיכולים להתעדכן מעת לעת. לפני מילוי המרשם יש לעיין בעלון העדכני לרופא

מק"ט 003 Remedix
טופס מרשם למילוי רופא

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

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