

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית: \_\_\_\_\_

תוקף מרשם עד: \_\_\_\_\_

פרטי המחלקה \_\_\_\_\_

בית חולים: \_\_\_\_\_

מחלקה: \_\_\_\_\_

טלפון לבריורים: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

### שקיות נוזלים

שם התמיסה	נפח מ"ל	מספר שקיות ליממה	מספר ימי טיפול בשבוע	סה"כ מספר ימי הטיפול
Dextrose 5%	500 / 1000			
Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000			
Lactated Ringer's (Hartmann's solution)	1000			
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000			
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.45%	500			
Sodium Chloride 0.45%	500			
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.45% Potassium Chloride 0.224%	1000			

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

תאריך: \_\_\_\_\_

שם וחתמת 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