Remedix care
BY SUPER-PHARM

מרשם לטיפול ביתי 5FU

פרטי המטופל

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

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

כתובת: _____ ישוב: _____

מבטח: _____
מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

אבחנה: _____

רגישות: _____

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי:
_____

פרטי המחלקה

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

הטיפול ינתן אחת ל: הקף/י את האפשרות הרצויה

שבוע שבועיים שלושה שבועות

פירוט פרוטוקול מלא (נא לציין תרופות): _____

משקל (ק"ג): _____ גובה (מ'): _____ שטח גוף (מ^2): _____

CONTINUOUS INFUSION - INFUSOR

מדריך לבחירת משך מתן בגב המרשם

שם התרופה	מינון יומי (mg)	סה"כ מינון באינפיורזר	סוג הממס	משך העירוי	מס' קורסים
5-FLUOROURACIL			NaCl 0.9% ___ DEX5 5% ___		

ימולא ע"י המחוז ניתוק בקהילה: ___ כן ___ לא

HEPARIN: ___ ללא שטיפת HEPARIN ___ HEPARIN 100u/cc - 5cc ___ HEPARIN 10u/cc - 5cc

הערות: _____

שם וחתימת הרופא: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

תאריך: _____

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה

לשימוש צוות רפואי בלבד

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

מק"ט 007 Remedix
טופס מרשם למילוי רופא

טל': 08-8510251, 1-800-600-700 | פקס: 08-6532561
נא לשלוח למייל: Remedix.Mosdi@remedix-care.co.il