

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית: _____

תוקף מרשם עד: _____

פרטי המחלקה _____

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

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
Sodium Chloride 0.9%	100 / 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			
Dextrose 5%	100 / 500 / 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