Remedix care
BY SUPER-PHARM

מרשם: Cytarabine, Clexane, Neupogen

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: _____

שם התרופה	דרך מתן	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי הטיפול
CLEXANE	S.C.	_____mg		
NEUPOGEN	S.C.	_____mcg		

פרוטוקול טיפולי: _____

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

עירוי במשאבה אלסטומרית INTERMATE למשך חצי שעה - עם הממס - NaCl 0.9 %

שם התרופה	מינון יומי (mg)	נפח ממס (ML)	משך טיפול בימים (ימים)
CYTARABINE			

סוג צנתר

- ☐ HICKMAN SINGLE LUMEN
- ☐ HICKMAN DOUBLE LUMEN
- ☐ PORT-A-CATH
- ☐ PICC LINE

HEPARIN (מזרק לכל יום טיפול)

- ☐ HEPARIN 100u/cc - 5cc
- ☐ HEPARIN 10u/cc - 5cc

בטיפול ראשון יש לציין בקשה להדרכת המטופל

הערות: _____

שם הרופא וחותמת: _____ תאריך: _____

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה

לשימוש צוות רפואי בלבד

טל': 1-800-600-700, פקס: 08-6532561

נא לשלוח למייל: Remedix.Mosdi@remedix-care.co.il

מק"ט 007 Remedix. בתוקף עד ינואר 2028

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