

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי בבית:

פרטי המטופל:

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ
ת.ז. _____ | | | | | | | | | | תאריך לידה: _____
כתובת: _____ ישוב: _____
טלפון: _____ מבטח: _____
מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____
אבחנה: _____
רגישות: _____ משקל: _____ ק"ג

תוקף מרשם עד: _____
ימי טיפול בשבוע: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
לשלוח שקית חשיפה ראשונה לביה"ח: כן / לא
פרטי המחלקה

בית חולים: _____
מחלקה: _____
דיאטנית: _____
טלפון: _____ חתימה: _____

בחירת טיפול (נא סמן X במשבצת המתאימה)

יש לציין נפח בטווח 1000-2500mL,
לא תתאפשר תוספת אלקטרוליטים

Standard C (Clinoleic¹) ☐ _____ mL
Standard S (Smoflipid²) ☐ _____ mL

		Standard C	Standard S
Volume	Liter	1	1
Amino acid	gr	38.7	42
Glucose	gr	110	93.3
Nitrogen	gr	6.2	6.7
Lipids	gr	36.67 (Clinoleic)	33.3 (SMOF)
Total calories approx	kcal	894	818
N:NPC	kcal/g	120	97
Sodium	meq	35	35
Potassium	meq	30	30
Magnesium	meq	8	8
Calcium	meq	7	7
Phosphate	mmol	15	15
Acetate	meq	66.7	69.4

1. Clinoleic 20% SmPC ISRAEL MOH, 08/2024

2. SMOFlipid® 200mg/mL SmPC ISRAEL MOH, 04/2026

Cernevit®-Multivitamin 5mL ☐ Nutryelt®-Multi trace elements 10mL ☐ Vit K 150mcg ☐ Other _____
(מנה יומית סטנדרטית) (מנה יומית סטנדרטית)

נפח סופי יומי (mL) _____ ק.קלריות (Kcal) _____ משך העירוי (שעות) _____ קצב עירוי (mL/h) _____

סוג צנתר

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

Taurolidine 2% _____ mL ☐ TauroLock - 2mL ☐ **שטיפת הצנתר ו-Lock Solution:**
Other _____ NaCl 0.9% 10ml - 2 מזרקים יסופקו אוטומטית

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: _____ תאריך: _____
המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחותמת ברורים

יש להחתים את המטופל על טופס הסכמה | לשימוש אנשי מקצוע רפואי בלבד | ניפוק ההרכב בכפוף למרשם רופא חתום בלבד

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

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