

תאריך תחילת הטיפול הנוכחי:

פרטי המטופל

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

ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____ ישוב: _____

מבטח: _____

מדבקה

נייד מטופל: _____ נייד משפחה: _____

משקל (ק"ג) _____

אבחנה: _____

פרטי המחלקה

בית חולים: _____

מחלקה: _____

טלפון לבירורים: _____

יש לבחור לפי המינון הרצוי -

טיפול תרופתי עם שקית עירוי 0.9% NaCl

העירוי למשך 30 דקות באמצעות Intermate בקבוצ 200 מ"ל לשעה בממס 0.9% NaCl

שם התרופה	מינון למנה	ממס	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
GRANISETRON		100ml		
PANTOPRAZOLE	40mg	100ml		
PANTOPRAZOLE	20mg	100ml		
METOCLOPRAMIDE	10mg	30ml		



שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
ONDANSETRON	4mg		
ONDANSETRON	8mg		



שקית נוזלים

שם התמיסה	נפח מ"ל	מס' ימי טיפול	מס' שקיות ביום
Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000		
Lactated Ringer's (Hartmann's solution)	1000		
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.9%	500 / 1000		

האם המטופל נחשף לטיפול התרופתי הנ"ל? כן לא ציין: _____

גישות לתרופות - ציין: _____

סוג צנתר

HEPARIN 10u/cc - 5MI HEPARIN 100u/cc - 5MI מס' שטיפות ליום

שטיפת הצנתר

NaCl 0.9% 10cc HICKMAN DOUBLE-L PICC LINE DOUBLE-L PORT-A-CATH היקפי קצר HICKMAN PICC LINE אחר

תוקף מרשם עד: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תאריך:

שם וחתימת הרופא:

הערות:

יש להחתיים את המטופל
על טופס הסכמה

המרשם מחייב שם הרופא, חתימה וחתימת ברורים

לשימוש צוות רפואי בלבד

טל': 08-8510251, 08-6532561 | 1-800-600-700, 97קס: 08-6532561

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