

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

בחירת טיפול (נא סמן X במשבצת המתאימה)

Peripheral & Central	Triomel N4E	2000mL ☐	2500mL ☐	
Central	Triomel N7E	1500mL ☐	2000mL ☐	
	Triomel N9E	1000mL ☐	1500mL ☐	2000mL ☐
	Triomel N12E	2000mL ☐		

יש לכתוב את כמות התוספת המבוקשת בנוסף על הקיים בשקית Triomel Electrolytes

Sodium _____ mEq	Magnesium _____ mEq
Potassium _____ mEq	Phosphate _____ mmol
Calcium _____ mEq	Other _____

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 העירווי (שעות) _____ קצב עירווי (mL/h) _____

סוג צנתר

PORT-A-CATH ☐ PICC LINE ☐ HICKMAN SINGLE LUMEN ☐ HICKMAN DOUBLE LUMEN ☐Taurolidine 2% _____ mL ☐ TauroLock - 2mL ☐ שטיפת הצנתר Lock Solution:

Other _____ 2 - NaCl 0.9% 10ml 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 להחזיר 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