

בית חולים: \_\_\_\_\_  
 מחלקה: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_



**שירות לקוחות**  
 טל': 1-800-30-68-68  
 פקס: 03-9264266  
 www.homecure.co.il

אל: שירות עירוים למבוטח  
 קופ"ח: \_\_\_\_\_  
 מחוז: \_\_\_\_\_

מרשם מס' H- \_\_\_\_\_

**מרשם לעירו תרופתי**

רופא מטפל: \_\_\_\_\_  
 מחלות רקע: \_\_\_\_\_  
 משקל: \_\_\_\_\_

בן משפחה / מטפל עיקרי: \_\_\_\_\_  
 שם פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ  
 תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_ מבטח: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מזכירה

התחלת טיפול ביתי בתאריך: \_\_\_\_\_ בוקר / צהריים / ערב

**1. שקיות נוזלים לתוספת תרופות:**

שם התרופה	מינון	סוג נוזל העירו NaCl 0.9%/Dex 5%	נפח	מספר ביממה	משך הטיפול

**2. שקיות נוזלים בלבד:**

שם התמיסה	נפח	מס' שקיות לשבוע	מס' שקיות ליום	משך הטיפול	שם התמיסה	נפח	מס' שקיות לשבוע	מס' שקיות ליום	משך הטיפול
Dextrose 5%					Dex 5%+NaCl 0.9%				
Hartman Sol					Dex 5%+NaCl 0.45%				
					NaCl 0.9%				
					NaCl 0.45%				

**3. מזרק:**

שם התרופה	מינון למנה	סוג הממס	נפח הממס (סמ"ק)	מספר מנות ביממה	משך ימי הטיפול
		NaCl 0.9%/Dex 5%			

סוג צנתר: SC  PORT-A-CATH  HICKMAN  BRANULA   
 אחר  PICCLINE

מזרקים: HEPARIN 100 Unit/ml 10 ml  HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml  HEPARIN ללא   
 HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml  HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml   
 NaCl 0.9% 10ml  NaCl 0.9% 5ml  NaCl 0.9% 3ml  NaCl 0.9% ללא

אישור המבטח: חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_ נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.  
 הערות: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 שם האחות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת אחות בקרה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

לייעוץ, שירות והדרכה 24 שעות ביממה על ידי צוות אחיות מומחיות  
 1-800-30-68-68

