



בית חולים: איכילוב
 מחלקה: פנימית א'
 טלפון: 09-1234567

שירות לקוחות
 טל': 1-800-30-68-68
 פקס: 03-9264266
 פקס-מייל: CSPProHomeCure@Promedico.co.il
 www.homecure.co.il

אל: שירות עירוים למבוסח
 קופ"ח: כללית
 מחוז: ירושלים
 גורם מבטח:
 חתימה+חותמת מבטח:

מרשם לדוגמא

מרשם לטיפול אנטיביוטי ביתי

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראלי מ: דג
 תאריך לידה: 1/1/1956 ת.ז.: 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 ישוב: הרצליה
 טלפון: 09-1234567 מבטח: כללית מחוז ירושלים
 טלפון ביד: 052-1234567
 בן משפחה / מספל עיקרי: אלה כהן
 רופא מספל: ד"ר מיכאל מיכאלי
 אבחנה: זיהום בדרכי השתן
 סוג החיידק: Enterce Aslogenus
 מחלות רקע כולל סיפול תרופות:
 מטופל בדיאליזה פרטוניאלית
 משקל: 70Kg
 האם היתה חשיפה לתרופה כן / לא
 האם למטופל רגישות לתרופות? לא / כן ציין
 בוקר / צהריים / ערב האם היתה חשיפה לתרופה כן / לא
 אספקה לטיפול ביתי בתאריך: 2/1/20

Continuous Infusion 24h / day - אינפוזר

משך הטיפול (ימים)	נפח המנה	סוג הממס סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%/Dex 5%	מספר מנות ביממה	שם התרופה	
				מינון יומי	מינון למנה X מס' מנות
14 days	230 ml	NaCl 0.9%	1	8g	Cloxacillin
			2		(ORBENIL)
משך מתן בשעות 23					

Short Infusion - אינפוזר

משך הטיפול (ימים)	נפח המנה	סוג הממס סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%/Dex 5%	מספר מנות ביממה	מינון למנה	שם התרופה
14 days	100 ml	NaCl 0.9%	1	1g	Ertapenem
משך מתן בדקות 30					

צורת מתן אחרת: גרביטציה / משאבה

סוג צנתר: BRANULA SC PICC LINE PORT-A-CATH
 HICKMAN DOUBLE LUMEN SINGLE LUMEN - HICKMAN DOUBLE LUMEN PICK LINE
 מזרקי שטיפה: ללא HEPARIN HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml
 HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml
 NaCl 0.9% 10ml NaCl 0.9% 5ml NaCl 0.9% 3ml ללא NaCl 0.9%

הערות:
 שם הרופא: מיכאל מיכאלי חתימה וחותמת הרופא: _____
 טלפון ביד: 052-1234567
 שם האחות: _____ חתימה וחותמת אחות בקרה: _____
 טלפון ביד: _____



444-8.8.2020