

Home Cure™

מובילים בפתרונות בטיפול הביתי

בית חולים: איכילוב
 מחלקה: פנימית א'
 שם הרופא: ד"ר אלי לוי
 שם האחיות: אלה כהן
 טלפון: 09-1234567
 תאריך: 1/1/15

שירות לקוחות
 טל': 1-800-30-68-68
 פקס: 03-9264266

אל: שירות עירוים למבוסח
 קופ"ת: מכבי
 מחוז: צפון
 טלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

מרשם לטיפול ביתי בדספרל

מרשם לדוגמא

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראלי מין: ז' / נ
 תאריך לידה: 1/1/1900 ת.ז.: 123456789
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 ישוב: ישראל
 טלפון: 09-1234567 מבטח: מכבי מחוז צפון
 טלפון נייד: 052-1234567

מרפאת אום חאלד
 רופא מטפל: ד"ר מיכאל מיכאל משקל: 85 אבחנה:
Thalassemia מחלות רקע:
 התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15 בוקר / ימי / ערב
 הארכה מאושרת:

שם התרופה	מינון למנה	משך מתן המנה (שעות)	סוג נוזל העירוי NaCl 0.9% / WFH	נפח המנה (מ"ל)	מספר מנות לשבוע	משך הטיפול (חודשים/שנה)
DESFERAL	3g	5	NaCl 0.9%	20	5	6 חודשים

סוג אינפוזר / משאבה:

50 מ"ל, 4.2 מ"ל/שעה, אפשרות עד 12 שעות
 50 מ"ל, 2.1 מ"ל/שעה, אפשרות עד 24 שעות
 משאבת מזרק

תרופות נוספות: משחת EMLA

אחר:

סוג צנתר: S.C PORT - A - CATH HICKMAN BRANULA אחר:

שטיפה: ללא שטיפה NaCl 0.9% HEPARIN 10u/cc HEPARIN 100u/cc

אישור המבטח: חתימה: _____ חוותמת: _____ * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

הערות: _____
 שם הרופא: _____ חתימת וחותמת הרופא: _____ טלפון נייד: _____
 שם האחיות: _____ חתימה וחותמת האחיות: _____ טלפון נייד: _____
 ליעוץ, שירות והדרכה 24 שעות ביממה על ידי צוות אחיות מומחיות
1-800-30-68-68

Home Cure שרות לקוחות מקצועיים
התקבל
 תאריך: _____ שעה: _____
 אישור בימ"ק ע"י: _____
 הוקלד נבדק _____

