

# 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 עירויים למבוסח  
 קופ"ח: מכבי  
 מחוז: צפון  
 טלפון: 09-1234567  
 פקס: 09-1234567

## מרשם לטיפול כימותרפי ביתי

מרשם לדוגמא

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

נורדאו חפא מטפל: ד"ר מיכאל מיכאל פרוטוקול טיפול:  
 אבחנה: משקל: 90Kg גובה: 170cm שטח גוף: 2.01 m  
 תרופות נספוח: מען למשלוח:  
 תאריך התחלת הטיפול: 2/1/15 תאריכי הקורסים הבאים: 10/5, 24/5, 7/6  
 הטיפול יינתן אחת ל- שבוע / שבועיים / שלושה / חודש / אחר

שם התרופה	דרך מתן	מינון יומי (מ"ג)	מינון כולל (מ"ג)	סוג החתים NaCl/Dex	נפח כולל (מ"ל)	משך מתן (שעות)	משך הטיפול (ימים)	מספר קורסים דרושים	תדירות הטיפול
1. 5-Fluorouracil	IV	2400	4800	NaCl/Dex	92	44	12	12	שבועיים
2.									
3.									
4.									
5.									

ערכת התנתקות (כולל NaCl 0.9%, 10 ml, HEPARIN 100Unit/ml, 5 ml)

סוג צנתר: PORT - A - CATH  HICKMAN  BRANULA  PICCLINE  MIDLINE   
 אחר:   
 שטיפה: HEPARIN 100u/cc  HEPARIN 10u/cc  NaCl 0.9%  ללא שטיפה

אישור המבטח: חתימה: חותמת: \* נא להחתים את החולה על טופס הסכמה.  
 הערות:  
 שם הרופא: חתימת וחותמת הרופא:  
 חתימת חקן בודק:

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



5015-4014-708