

# 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 עירוניים למבוסח  
 קופ"ח: כללית  
 מחוז: צפון  
 טלפון: 09-1234567  
 פקס: 09-1234567

**מרשם לעירוי תרופתי**

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

**מרשם לדוגמא**

85

ד"ר מיכאל מיכאל משפל: \_\_\_\_\_  
 מחלות רקע: CHF

התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15 בוקר / צהריים / ערב

**1. שקיות נוזלים לתוספת תרופות:**

| שם התרופה | מיטן | סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%/Dex 5% | נפח | מספר ביממה | משך הטיפול |
|-----------|------|----------------------------------|-----|------------|------------|
|           |      |                                  |     |            |            |
|           |      |                                  |     |            |            |

**2. שקיות נוזלים בלבד:**

| שם התמיסה   | נפח | שם התמיסה         | נפח | משך הטיפול | שם התמיסה | נפח | משך הטיפול |
|-------------|-----|-------------------|-----|------------|-----------|-----|------------|
| Dextrose 5% |     | Dex 5%+NaCl 0.9%  |     |            |           |     |            |
| Hartman Sol |     | Dex 5%+NaCl 0.45% | 150 |            |           |     |            |
|             |     | NaCl 0.9%         |     |            |           |     |            |
|             |     | NaCl 0.45%        |     |            |           |     |            |

**3. מרק:**

| שם התרופה | מיטן למנה | סוג הממס         | נפח הממס (מ"ק) | מס' מנות ביממה | משך ימי הטיפול |
|-----------|-----------|------------------|----------------|----------------|----------------|
|           |           | NaCl 0.9%/Dex 5% |                |                |                |
|           |           |                  |                |                |                |

סוג צנתר: PORT-A-CATH  HICKMAN  BRANULA  PICCLINE  אחר  MIDLINE  ללא שטיפה

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

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

Home Cure שירות לקוחות מקבוצת ניאופרם  
**התקבל**  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_  
 אישור בימ"ק ע"י: \_\_\_\_\_  
 הוקלד \_\_\_\_\_ נבדק \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_  
 שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת וחוזמת הרופא: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 שם האחיות: \_\_\_\_\_ חתימה וחוזמת האחיות בקרה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 ליעוץ, שירות והדרכה 24 שעות ביממה על ידי צוות אחיות מומחיות  
**1-800-30-68-68**

