

Home Cure™

מובילים בפתרונות בטיפול הביתי

בית חולי איכילוב
 מחלקת 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 למבוסט
 קופ"ח: כללית
 מחוז: ירושלים
 טלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

מרשם לטיפול אנטיביוטי ביתי

מרשם לדוגמא

משה כהן
 שם פרטי: ישראל
 שם משפחה: משה
 תאריך לידה: 1/1/1900
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1
 טלפון: 09-1234567
 טלפון נייד: 052-1234567

רופא מטפל: ד"ר מיכאל מיכאל
 אבחנה:
 משקל: 90Kg
 סוג החיידק:
 התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15
 האם היתה חשיפה לתרופה כן / לא

Continues Infusion 24h / day

שם התרופה	מינון יומי	סוג נוזל העירוי סוג הממס NaCl 0.9%/Dex 5%	נפח המנה 240 ml	מספר מנות ביממה	משך הטיפול (ימים)
Cloxacillin (ORBENIL)	8g	NaCl 0.9%	240 ml	1 Continues	14 days

Short Infusion

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

צורת מתן: אינפוזור / גרביטציה / משאבה
 * אינפוזור: נפח מנה למבוגר 100cc

סוג צנתר: BRANULA MIDLINE PICC LINE PORT - A - CATH
 SINGLE LUMEN - HICKMAN DOUBLE LUMEN - HICKMAN

מזיקים: 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 המבסט: חתימה: _____ חותמת: _____
 * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.
 הערות: _____

שם הרופא: _____ חתימת וחותמת הרופא: _____ טלפון נייד: _____
 שם האחיות: _____ חתימה וחותמת אחות בקרה: _____ טלפון נייד: _____

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



169-APP-2016