

Home Cure™

מובילים בפתרונות בטיפול הביתי

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

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

אל: שירות עירויים למבוטח
 קופ"ח: מכבי
 מחוז: ירושלים
 טלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

**בקשה לאספקת ציוד לצנתר מרכז
 יחידת שטיפה / חבישה**

מרשם לדוגמא

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

מרפאה: בי"ח זיו צפת
 תאריך אספקה: 15/4/15 קוד ערסה:

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

ללא שטיפה שטיפה (vial) NaCl 0.9%
 HEPARIN 100 Unit/ml 3 ml HEPARIN 10 Unit/ml 10 ml
 HEPARIN 100 Unit/ml 10 ml HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml HEPARIN מרקיס:
 HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml
 10ml 5ml 3ml NaCl 0.9%

החלפת חבישה: 3 פעמים
 שטיפה: 3 פעמים
 משך הטיפול הדרוש (מקסימום 12 חודשים): חודשים

הערות: יש לספק ציוד לחבישה ושטיפה * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

שירות לקוחות Home Cure™
 מקבצת נאופרם
התקבל
 תאריך: שעה:
 אישור במ"ק ע"י:
 הוקלד נבדק

שם הרפא: חתימת וחוזמת הרפא: טלפון ניד:
 שם האחות: חתימה וחוזמת האחות בקרה: טלפון ניד:
 אישור הרופא המחוזי: תאריך:

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

