

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

Home Cure™

מובילים בפתרונות בטיפול הבית

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

אל: שירות עירוניים למבטח
 קופ"ח: כללית
 מחוז: ירושלים
 סלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

מרשם לטיפול אנלגטי ממושך (P.C.A) למתן ביתי

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

מרשם לדוגמא

מרפאה: ד"ר מיכאל מיכאל חפא מספל: 90Kg משקל:
 אבחנה: התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15 בוקר / צהריים / ערב

שם התרופה	מינון כולל (מ"ג*)	נפח כולל (מ"ל)	ריכוז	סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%	מס' הכנות*	משך הטיפול (ימים)
MORPHIN (מספרים) (אנלגטיק)	500 חמש מאות	250		NaCl 0.9%	2 שתיים	5
FENTANYL						

* מינון התרופה ומספר הכנות - יש לרשום במילים ובספרות

סוג צנתר: משאבה:
 הוראות הרפא: קצב עירוי: קצב בזאלי: 40 מ"ג/יום, בולוסים של 10 מ"ג, LOCK (נעילת משאבה) כל 4 דקות/שעה
 הוראות הרוקח: קצב באולי: 0.83 מ"ל/לשעה, בולוסים של 5 מ"ל
 אינפוזור: 4.2ml - יום אחד 250ml 2cc/h - 5 ימים 250ml 1.5cc/h - 7 ימים
 מדוק:
 סוג צנתר: S.C PORT-A-CATH HICKMAN BRANULA
 SPIRAL EPIDURAL PICC LINE MIDLINE
 מדוקי שטיפה: ללא שטיפה NaCl 0.9% HEPARIN 100 Unit/ml 10 ml HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml
 אישור המבטח: חתימה: חותמת: * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

Home Cure שירות לקוחות מקבוצת ניאופרם
התקבל
 שם הרופא: סלפון נייד:
 חתימת וחותמת הרפא: סלפון נייד:
 שם האחיות: חתימה וחותמת האחיות בקרה: סלפון נייד:
 אישור בימ"ק ע"י: _____
 הוקלד נבדק _____

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



9103-941-01-06