

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 למבוסס
 קופ"ח: מכבי
 מחוז: צפון
 טלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

מרשם להזנה תוך - ורידית (T.P.N) למתן ביתי

מרשם לדוגמא

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

רופא מטפל: ד"ר מיכאל מיכאל משקל: 90Kg שטח גוף: 2.01 m אבחנה: _____
 BMI: 20 מחלות רקע: BSS
 סכרת: כ / לא לא תרופות נספוג: _____
 התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15 בוקר / צהריים / ערב

SMOFKABIVEN CENTRAL 1477 mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL 1970 mL	X
SMOFKABIVEN CENTRAL 2463 mL	
SMOFKABIVEN ELECTROLYTE FREE 1970 mL	
SMOFKABIVEN PERIPHERAL 1206 mL	
SMOFKABIVEN PERIPHERAL 1904 mL	

הרכב (כמויות כוללות לשקית אחת): TRACE ELEMENTS & VITAMINS

Addamel 10 mL Soluvit N 10 mL Vitalipid adult 10 mL Vitalipid infant _____ mL
 Peditrace ADDITIVES Na+ 60 mmol 1. K+ 20 mmol 2. Ca+ 5 mmol
 מס' ימי טיפול בשבוע: 5 משך מתן בשעות/קצב עירוי: 20 שעות
 תוקף מרשם עד: _____

סוג צנתר: HICKMAN PICC LINE PORT - A - CATH
 שטיפה: ללא שטיפה NaCl 0.9% 5 mL NaCl 0.9% 10 mL
 אישור המבטח: חתימה: _____ חותמת: _____ * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

שירות לקוחות Home Cure™
 מקבוצת ניאופרם
התקבל
 תאריך: _____ שעה: _____
 אישור בימ"ק ע"י: _____
 הוקלד _____ נבדק _____

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

