

Home Cure™

מובילים בפתרונות בטיפול הביתי

שירות לקוחות

טל': 1-800-30-68-68

פקס: 03-9264266

אל: שירות עירוים למבוטח

קופ"ח:

מחוז:

טלפון:

פקס:

בית חולים:

מחלקה:

טלפון:

נייד:

תאריך:

בקשה לאספקת ציוד לצנתר מרכזי יחידת שטיפה / חבישה

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז / נ

תאריך לידה: _____ ת.ז.: / / - / / / / / /

כתובת: _____ ישוב: _____

טלפון: _____ מבטח: _____

טלפון נייד: _____

מרשם מס' 00001 - S

מספר התחייבות: _____

מרפאה: _____

תאריך אספקה: _____ קוד ערכה: _____

סוג צנתר: PORT - A - CATH PICC LINE

TRIPEL LUMEN - HICKMAN SINGLE LUMEN - HICKMAN DOUBLE LUMEN - HICKMAN

NaCl 0.9% שטיפה (vial): ללא שטיפה

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 מזרקים:

HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml

10ml 5ml 3ml NaCl 0.9%

החלפת חבישה: _____ פעמים בשבוע / חודש.

שטיפה: _____ פעמים בשבוע / חודש.

משך הטיפול הדרוש (מקסימום 12 חודשים): _____ חודשים.

הערות: _____ * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

שירות לקוחות Home Cure
מקבוצת ניאופרם

התקבל

תאריך: _____ שעה: _____

אישור בימ"ק ע"י: _____

הוקלד _____ נבדק _____

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

