

מרשם לדוגמא

בית חולים: איכילוב
 מחלקה: פנימית א'
 טלפון: 09-1234567



שירות לקוחות
 טל': 1-800-30-68-68
 פקס: 03-9264266
 www.homecure.co.il

אל: שירות עירויים למבטח
 קופ"ח: מכבי
 מחוז: צפון
 גורם מבטח:
 חתימה+חותמת מבטח:

מרשם לטיפול ביתי בדספרל

רופא מספל: ד"ר אלי לוי
 אבחנה: Thalassemia
 מחלות רקע כולל טיפול תרופתי:
 Portal veinthrombosis
 משקל: 65 ק"ג

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראל מין: ז' / תאריך לידה: 1/1/1900 ת.ז.: 1232222333
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 הרצליה
 טלפון: 09-1234567 מבטח: מכבי מחוז צפון
 טלפון נייד: 052-1234567
 בן משפחה / מספל עיקרי: ישראלה ישראלי

מרפאה: מרפאת אום חאלד

התחלת טיפול ביתי בתאריך: 1/1/00 בוקר / צהריים / ערב

שם התרופה	מינון למנה	משך מתן המנה (שעות)	סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%	נפח המנה (מ"ל)	מספר מנות לשבוע	משך הטיפול (חודשים/שנה)
DESFERAL	3000 mg	8	WFI	20	5	6 חודשים

סוג אינפוזור/משאבה:

- 50 מ"ל, 4.2 מ"ל/שעה, אפשרות עד 12 שעות
 125 מ"ל, 5 מ"ל/שעה, אפשרות עד 24 שעות
 50 מ"ל, 2.1 מ"ל/שעה, אפשרות עד 24 שעות אחר:
 משאבת מזרק

תרופות נוספות משחת EMLA

- אחר
 סוג צנתר: SC PORT-A-CATH HICKMAN E BRANULA אחר
 שטיפה: ללא שטיפה NaCl 0.9% HEPARIN 10 U/cc HEPARIN 100 U/cc

הערות:

שם הרופא: חתימה וחותמת הרופא: טלפון נייד:

שם האחות: חתימה וחותמת אחות בקרה: טלפון נייד:

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

