

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 עירוניים למבוטח
 קופ"ח: כללית
 מחוז: צפון
 09-1234567

מרשם לדוגמא

מרשם לעירוי תחפתי

רופא מטפל: ד"ר מיכאל מיכאל
 מחלות רקע: CHF
 משקל: 85

בן משפחה / מטפל עיקרי: אלה כהן
 שם פרטי: ישראל משפחה: ישראלי מיד: 1
 תאריך לידה: 1/1/1900 ת.ז.: 2333333333
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 הרצליה
 טלפון: 09-1234567 מבטח: כללית מחוז צפון
 טלפון נייד: 052-1234567

התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/18 בוקר צהריים / ערב

1. שקיות נוזלים לתוספת תרופות:

שם התרופה	מינון	סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%/Dex 5%	נפח	מספר ביממה	משך הטיפול
Zofran	8 מ"ג	NaCl 0.9%	cc 50	2	30 יום

2. שקיות נוזלים בלבד:

משך הטיפול	מס' שקיות ליום	מס' שקיות לשבוע	נפח	שם התמיסה	משך הטיפול	מס' שקיות ליום	נפח	שם התמיסה
חודש	2	14	500	Dex 5%+NaCl 0.9%				Dextrose 5%
				Dex 5%+NaCl 0.45%				Hartman Sol
				NaCl 0.9%				
				NaCl 0.45%				

3. מזרק:

שם התרופה	מינון למנה	סוג הממס	נפח הממס (סמ"ק)	מספר מנות ביממה	משך ימי הטיפול
		NaCl 0.9%/Dex 5%			

סוג צנתר: BRANULA HICKMAN PORT-A-CATH SC אחר PICCLINE

מזרקים: ללא HEPARIN HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml HEPARIN 100 Unit/ml 10 ml
 HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml
 ללא NaCl 0.9% NaCl 0.9% 3ml NaCl 0.9% 5ml NaCl 0.9% 10ml

אישור המבטח: חתימה: _____ חותמת: _____ *נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.
 הערות: _____

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת הרופא: _____ טלפון נייד: _____
 שם האחיות: _____ חתימה וחותמת אחות בקרה: _____ טלפון נייד: _____

לייעוץ, שירות וחדרכה 24 שעות ביממה על ידי צוות אחיות לטלפניות
 1-800-30-68-68



854-DEC-2019