

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 למבוסח
 קופ"ח: כללית
 מחוז: ירושלים
 גורם מבסח:
 חתימה+חותמת מבסח:

מרשם מס' P- _____

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

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראלי מין ז'
 תאריך לידה: 1/1/1900 ת.ג: 1111111111
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 ישוב: הרצליה
 טלפון: 09-1234567 מבסח: כללית מחוז ירושלים
 טלפון נייד: 052-1234567
 בן משפחה / מספל עיקרי: אלי לוי

מרפאה: מאושפז
 רופא מספל: ד"ר מיכאל מיכאל
 אבחנה: CA of colon
 משקל: 60 Kg

התחלת טיפול ביתי בתאריך: 2/1/15 בוקר / צהריים **ערב** האם היתה חשיפה לתרופה כן / לא

שם התרופה	מינון כולל (מ"ג)	נפח כולל (מ"ל)	ריכוז	סוג נוזל העירוי NaCl 0.9%	מסי הכנות*	משך הטיפול (ימים)
MORPHIN (מספרים) (אותיות)	500	250	2 mg/ml	NaCl 0.9%	6 שש	30
FENTANYL						

*מינון התרופה ומספר הכנות - יש לרשום במילים ובספרות

סוג צנתר:
 משאבה
 הוראות הרופא קצב עירוי: קצב בזאלי: 70 מ"ג/יום, בולוסים של 5 מ"ג, LOCK (נעילת משאבה) כל 4 דקות **שעה**
 הוראות הרוקח קצב עירוי: קצב בזאלי: מ"ל/לשעה, בולוסים של מ"ל
 אינפוזור: 4.2ml - יום אחד 250ml 2cc/h - 5 ימים 250ml 1.5cc/h - 5 ימים
סוג צנתר: SC PORT-A-CATH HICKMAN E BRANULA
 SPIRAL EPIDURAL PICC LINE MIDLINE
מדקים: ללא שטיפה NAACL 0.9% HEPARIN 100 Unit/ml 10 ml HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml

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

854-DEC-2019