

בית חולים: _____
 מחלקה: _____
 טלפון: _____



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

אל: שירות עירוים למבוטח
 קופ"ח: _____
 מחוז: _____
 גורם מבטח: _____
 חתימה+חותמת מבטח: _____

מרשם מס' _____

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

מרפאה: _____
 רופא מטפל: _____
 אבחנה: _____
 משקל: _____

שם פרטי: _____ משפחה: _____ מין: ז/נ
 תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____
 כתובת: _____ ישוב: _____
 טלפון: _____ מבטח: _____
 טלפון נייד: _____
 בן משפחה / מטפל עיקרי: _____

מדבקה

מרפאה: _____

התחלת טיפול ביתי בתאריך: _____ 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%	מס' הכנות*	משך הטיפול (ימים)
MORPHIN (מספרים) (אותיות)						
FENTANYL						

*מינון התרופה ומספר הכנות - יש לרשום במילים ובספרות

סוג צנתר:

משאבה

הוראות הרופא קצב עירוי: קצב בזאלי: _____ מ"ג/יום, בולוסים של _____ מ"ג, LOCK (נעילת משאבה) כל _____ 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

מזרק:

סוג צנתר: SC PORT-A-CATH HICKMAN E BRANULA

SPIRAL EPIDURAL PICC LINE MIDLINE

מזרקים: ללא שטיפה NACL 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: _____

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

