

מרשם לדוגמא



בית חולים: איכילוב
 מחלקה: פנימיית א'
 נייד: _____
 טלפון: 09-1234567
 תאריך: 1/1/20

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

אל: שירות עירייה למבוסת
 קופ"ח: מאוחדת
 מחוז: ירושלים
 טלפון: 09-1234567
 פקס: 09-1234567

בקשה לאספקת ציוד לצנתר מרכזי יחידת שטיפה / חבישה

מרשם מס' S- _____
 מספר התחייבות: 15415

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראל מין: ז/ג
 תאריך לידה: 1/1/1900 ת.ז.: 987654231
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 ישוב: הרצליה
 טלפון: 09-1234567 מבטח: מאוחדת מחוז ירושלים
 טלפון נייד: 052-1234567
 בן משפחה / מטפל עיקרי: 052-1234567

מרבקה

מרפאה: אשכולות
 תאריך אספקה: 5/1/20 קוד ערכה: _____

סוג צנתר: PICC LINE PORT - A - CATH
 TRIPEL LUMEN - HICKMAN SINGLE LUMEN - HICKMAN DOUBLE LUMEN - HICKMAN
 ללא שטיפה

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

החלפת חבישה: 1 פעמים בשבוע / חודש (מחק את המינור)
 שטיפה: 1 פעמים בשבוע / חודש (מחק את המינור)
 משך הטיפול הדרוש (מקסימום 12 חודשים): 6 חודשים.

הערות: יש לספק ציוד לחבישה ושטיפה * נא להחתיים את החולה על טופס הסכמה.

שם הרופא: ד"ר אלי לוי חתימת וחותמת הרופא: _____ טלפון נייד: 052-1234567
 שם האחיות: _____ חתימה וחותמת האחיות בקרה: _____ טלפון נייד: _____
 אישור הרופא המחוזי: _____ תאריך: _____

