

# מרשם לדוגמא



**תאריך:** \_\_\_\_\_

**איכילוב**  
 בית חולים: \_\_\_\_\_  
 מחלקה: פנימית א'  
 רופא מטפל: ד"ר אלי לוי  
 טלפון: 09-1234567  
 תאריך: 20/2/20

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

אל: שירות עירוניים למבוסח  
 קופ"ח: \_\_\_\_\_  
 מכבי  
 מחוז: \_\_\_\_\_  
 צפון  
 גורם מבטח: \_\_\_\_\_  
 מכבי מחוז צפון

מרשם מס': \_\_\_\_\_ T-

## מרשם להזנה תוך-ורידית (T.P.N) למתן ביתי

רופא מטפל: ד"ר אלי לוי  
 משקל: 50Kg BMI 2.01 m  
 רגישות: \_\_\_\_\_  
 שטח גוף: 2.01 m  
 אבחנה: BSS  
 סכרת: כן / לא

שם פרטי: ישראל  
 משפחה: ישראל  
 מין: זכר  
 תאריך לידה: 1/1/1900  
 ת.ז.: 9678 53 64 32  
 כתובת: רחוב ישראל יפה 1 הרצליה  
 טלפון: 09-1234567  
 מבטח: מכבי מחוז צפון  
 טלפון נייד: 052-3334450

טלפון נייד מטופל: 052-3334456  
 טלפון נייד משפחה: 052-1234567  
 מחלות רקע: BSS  
 תרופות נוספות: \_\_\_\_\_  
 תחולת טיפול ביתי בתואר: 20/2/20  
 בקר / עתרים / ערב  
 האם והתנה חשיפה למרכזי TPN  לא

סמן את סוג נפח השקית הנדרשת:

SMOKABIVEN CENTRAL 986mL	
SMOKABIVEN CENTRAL 1477mL	
SMOKABIVEN CENTRAL 1970mL	
SMOKABIVEN CENTRAL 2483mL	X
SMOKABIVEN CENTRAL ELECTROLYTE FREE 986mL	
SMOKABIVEN CENTRAL ELECTROLYTE FREE 1970mL	
SMOKABIVEN PERIPHERAL 1206mL	
SMOKABIVEN PERIPHERAL 1448mL	
SMOKABIVEN PERIPHERAL 1904mL	

**תוספת ויטמינים ויסודות קורט**

Addamel 10 mL  
 Soluvit N \_\_\_\_\_ vial  
 Vitalpid adult 10 mL  
 Vitalpid infant \_\_\_\_\_ mL  
 Peditrace 1 mL

**תוספת אלקטרוליטים**

Sodium (mmol) \_\_\_\_\_  
 Potassium (mmol) \_\_\_\_\_  
 Calcium (mmol) \_\_\_\_\_  
 Magnesium (mmol) \_\_\_\_\_  
 Phosphate (mmol) \_\_\_\_\_  
 other \_\_\_\_\_

תוספות אחרות לשקית: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 \*או לציון ערכים לשקית

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא: \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 אישור המבטח: חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

קצב עירוי: 100 מ"ל לשעה  
 מסך מותן בשעות: 20 שעות  
 סה"כ נפח לעירוי: 2000  
 מס' ימי טיפול בשבוע: 20 שעות  
 תוקף המרשם: חודש

סוג צנתר:  PORT - A - CATH  HICKMAN  IDPN  OTHER  
 שטיפה:  ללא שטיפה  NaCl 0.9% 10 mL  HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml  HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml

תוקף מרשם עד: 20/3/20

תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא + חותמת: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא + חותמת: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ תוקף חדש: \_\_\_\_\_ חתימת רופא + חותמת: \_\_\_\_\_