

אל: שירות עירוניים למבוטח
 קופ"ח: _____
 מחוז: _____
 גורם מבטח: _____

מרשם מס' T- _____

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

תאריך: _____
 בית חולים: _____
 מחלקה: _____
 רופא מטפל: _____
 טלפון: _____
 תאריך: _____

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

רופא מטפל: _____
 משקל: BMI _____
 רגישות: _____
 שטח גוף: _____
 אבחנה: _____
 סכרת: כן / לא

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

טלפון נייד מטופל: _____ טלפון נייד משפחה: _____
 מחלות רקע: _____ כתובת למשלוח (שונה מהכתובת הרגילה) _____
 תרופות נוספות: _____
 התחלת טיפול ביתי בתאריך _____ בוקר / צהריים / ערב _____ האם היתה חשיפה למרכיבי TPN כן ☐ לא ☐

סמן את סוג ונפח השקית הנדרשת:

SMOFKABIVEN CENTRAL 986mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL 1477mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL 1970mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL 2463mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL ELECTROLYTE FREE 986mL	
SMOFKABIVEN CENTRAL ELECTROLYTE FREE 1970mL	
SMOFKABIVEN PERIPHERAL 1206mL	
SMOFKABIVEN PERIPHERAL 1448mL	
SMOFKABIVEN PERIPHERAL 1904mL	

תוספת ויטמינים ויסודות קורט

☐ Addamel _____ mL
☐ Soluvit N _____ vial
☐ Vitalipid adult _____ mL
☐ Vitalipid infant _____ mL
☐ Peditrace _____ mL

תוספת אלקטרוליטים

Sodium (mmol) _____
 Potassium (mmol) _____
 Calcium (mmol) _____
 Magnesium (mmol) _____
 Phosphate (mmol) _____
 other _____

תוספות אחרות לשקית: 1. _____ 2. _____ 3. _____
 *נא לציין ערכים לשקית

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת הרופא: _____
 טלפון נייד: _____
 אישור המבטח: חתימה _____ חותמת _____

קצב עירוי: _____ מסך מתן: _____
 סה"כ: _____ בשעות: _____
 סוג צנתר: ☐ PORT – A – CATH ☐ PICC LINE ☐ HICKMAN ☐ OTHER ☐ IDPN
 שטיפה: ☐ ללא שטיפה ☐ NaCl 0.9% 10 mL ☐ HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml ☐ HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml

תוקף מרשם עד: _____
 תאריך: _____ תוקף חדש: _____
 תאריך: _____ תוקף חדש: _____
 תאריך: _____ תוקף חדש: _____

הרכב השקיות השונות:

	SmofKabiven®/SmofKabiven® EF (per bag)				SmofKabiven® Peripheral		
Bag size [l]	1.0	1.5	2.0	2.5	1.2	1.5	1.9
Volume (ml)	986	1477	1970	2463	1206	1448	1904
Total energy, approx (kcal)	1100	1600	2200	2700	800	1000	1300
Nitrogen	8	12	16	20	6.2	7.4	9.8
Amino acids (g)	50	75	100	125	38	46	60
Glucose (g)	125	187	250	313	85	103	135
Lipids (g)	38	56	75	94	34	41	54
Non-protein calories, approx. (kcal)	900	1300	1800	2200	700	800	1100
ratio glucose: lipid (kcal;%)	58:42	58:42	58:42	58:42	50:50	50:50	50:50

- **Soluvit® N** water-soluble vitamins
- **Vitalipid® N** fat-soluble vitamins
- **Addamel N & Peditrace & Addaven** – Trace elements



* יש לעיין בעלון לרופא כפי שאושר על ידי משרד הבריאות.
למידע נוסף אנא צרו קשר עם מחלקת רפואה בטלפון 1800-250-255