

בית חולים: _____
מחלקה: _____
טלפון: _____

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

אל: שירות עירוניים למבטח
קופ"ח: _____
מחוז: _____
גורם מבטח: _____
חתימה+חותמת מבטח: _____

A- מרשם מס' _____

מרשם לטיפול אנטיביוטי ביתי

רופא מטפל: _____
אבחנה: _____
סוג החיידק: _____
מחלות רקע כולל טיפול תרופתי: _____
משקל: _____

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

מדבקה

אספקה לטיפול ביתי בתאריך: _____ בוקר / צהריים / ערב האם היתה חשיפה לתרופה □ כן / לא □
האם למטופל רגישות לתרופות? □ לא / □ כן ציין _____

Continues Infusion 24h / day – אינפוזור

שם התרופה	מינון יומי מינון למנה X מס' מנות	מספר מנות ביממה	סוג נוזל העירוי סוג הממס NaCl 0.9%/Dex 5%	נפח המנה	משך הטיפול (ימים)
		1 Continues			
		2 Continues			
משך מתן בשעות					

Short Infusion – אינפוזור

שם התרופה	מינון למנה	מספר מנות ביממה	סוג נוזל העירוי סוג הממס NaCl 0.9%/Dex 5%	נפח המנה	משך הטיפול (ימים)
משך מתן בדקות					

צורת מתן אחרת: גריטציה / משאבה

סוג צנתר: BRANULA □ SC □ PICC LINE □ PORT-A-CATH □
HICKMAN DOUBLE LUMEN □ SINGLE LUMEN - HICKMAN □ DOUBLE LUMEN PICK LINE □
מזרקי שטיפה: HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml □ HEPARIN ללא □
HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml □ HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml □
NaCl 0.9% 10ml □ NaCl 0.9% 5ml □ NaCl 0.9% 3ml □ NaCl 0.9% ללא □

הערות: _____

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