



שירותי טיפול ביתי

תחליף לאשפוז בבית החולים

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: כללית

מחוז: ירושלים

גורם מבטח:

חתימה+חותמת מבטח:

בית חולים: איכילוף

מחלקה: פנימית א'

טלפון: 09-1234567

A- מרשם מס' _____

מרשם לטיפול אנטיביוטי ביתי

רופא מטפל: ד"ר מיכאל איכילוף

אבחנה: זיהום בדרכי השתן

סוג החיידק: Enterce Aslogenus

מחלות רקע כולל טיפול תרופתי:

מטופל דיאליזה

משקל: 70 Kg

שם פרטי: ישראל משפחה: ישראל מין: ז/נ

תאריך לידה: 1/1/1956 ת.ז.: 87654321

כתובת: רחוב ישראל יפה 1 ישוב: הרצליה

טלפון: 09-1234567 מבטח: כללית מחוז ירושלים

טלפון נייד: 052-1234567

בן משפחה / מטפל עיקרי: אלה כהן

אספקה לטיפול ביתי בתאריך: 2/1/20 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)
Cloxacillin (ORBENIL)	8g	1 Continues	NaCl 0.9%	230 ml	14 days
		2 Continues			
משך מותן בשעות 23					

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)
Ertapenem	1g	1	NaCl 0.9%	100 ml	14 days
משך מותן בדקות 30					

צורת מותן אחרת: גרביטציה / 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: ד"ר מיכאל איכילוף חתימה וחותמת הרופא: _____ טלפון נייד: 052-1234567

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

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

