



תאריך: _____

איכילוף

בית חולים: _____

מחלקה: **פנימית א'**

רופא מטפל: **ד"ר אילי**

טלפון: **09-1234567**

תאריך: **20/2/20**

שירות לקוחות

טל': **1-800-30-68-68**

פקס: **03-9264266**

פקס-מייל: **CSPHomeCure@Promedico.co.il**

www.homecure.co.il

אל: שירות עירוניים למבוטח

קופ"ח: **אכפי**

מחוז: **צפון**

גורם מבטח: **אכפי מחוז צפון**

מרשם מס': _____ T-

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

רופא מטפל: **ד"ר אילי**

משקל: **50** BMI: **17**

רגישות: _____

שטח גוף: **1.8 m2**

אבחנה: **קבול**

סכרת: **כן / לא**

שם פרטי: **ישראל** משפחה: **ישראל** מין: **זכר**

תאריך לידה: **1/1/1956** ת.ז.: **9 8 7 6 5 4 3 2 1**

כתובת: **רחוב ישראל יפה** ישוב: **הרצליה**

טלפון: **09-1234567** מבטח: **אכפי מחוז צפון**

טלפון ביד: **052-3334450**

טלפון ביד מטופל: **052-3334456** טלפון ביד משפחה: **052-1234567**

מחלות רקע: **קבול** **כתבת למשלוח (שונה מהכתובת הרגילה)** **הרצל 1 חיפה**

תרופות נוספות: _____

תחולת טיפול ביתי בתאריך: **20/2/20** בקר: **צננים** ערב: _____

האם והתה חשיפה למרכזי TPN: **כן / 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 **1** vial

☒ Vitalipid adult **10** mL

☐ Vitalipid infant _____ mL

☐ Peditrace _____ mL

תוספת אלקטרוליטים

Sodium (mmol) _____

Potassium (mmol) **100**

Calcium (mmol) _____

Magnesium (mmol) _____

Phosphate (mmol) _____

other _____

תוספות אחרות לשקית: _____

1. _____ 2. _____ 3. _____

*אם לבין ערכים לשקית

שם: **ד"ר אילי** חתימה: _____

רופא: _____ חותמת הרופא: _____

טלפון: **052-1234567** נייד: _____

אישור המבטח: חתימה: _____ חותמת: _____

קצב עירוי: **100** mL ש"ח משך זמן: **20** ש"ח סה"כ נפח: **2000** מים ימי: **7** תוקף המרשם: **החג**

סוג צנתר: ☒ PICC LINE ☐ PORT - A - CATH ☐ HICKMAN ☐ IDPN ☐ OTHER

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: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____

תאריך: _____ תוקף חדש: _____

*הערכים במרשם מתייחסים לרמה הכוללת

יעדן ברמשר