

תאריך: \_\_\_\_\_  
אל: שירות עירוניים למבטח \_\_\_\_\_  
קופ"ח: \_\_\_\_\_  
מחוז: \_\_\_\_\_  
בית חולים: \_\_\_\_\_  
מחלקה: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_

## מרשם לעירוי תרופתי – ONDANSETRON/GRANISETRON/METOCOLPRAMIDE

רופא/ה מטפל/ת: \_\_\_\_\_  
אבחנה: \_\_\_\_\_  
מחלות רקע: \_\_\_\_\_  
משקל (ק"ג): \_\_\_\_\_

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

מדבקה

אספקת טיפול ביתי בתאריך: \_\_\_\_\_ בוקר/צהריים/ערב

### צורת מתן: שקית/אינפוזור

שם התרופה	מינון למנה	מס' מנות ביום	מס' ימי טיפול
ONDANSETRON			
GRANISETRON			
METOCOLPRAMIDE			

### שקית נוזלים:

שם התרופה	נפח למנה	מס' שקיות ביום	זמן טיפול
Sodium Chloride 0.9%			
Dextrose 5% Sodium Chloride 0.9%			
Lactated Ringer's (Hartmann's Solution)			

הערות:

NaCl 0.9% ללא מזרקי שטיפה:  HEPARIN ללא  BRANULA  סוג צנתר:  PICCLINE   
 NaCl 0.9% 3ml  HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml   
 NaCl 0.9% 5ml  HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml   
 NaCl 0.9% 10ml  HEPARIN 10 Unit/ml 3 ml

אישור המבטח: שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ \*נא להחתים את המטופל/ת על טופס הסכמה.

הערות:

שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא/ה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

שם האח/ות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת אח/ות בקרה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

שירות לקוחות | 1-800-30-68-68 | 03-9264266 | CSPProHomeCure@Promedico.co.il | www.homecure.co.il



לייעוץ, שירות והדרכה 24 שעות ביממה על ידי צוות אחיות מומחיות

1-800-30-68-68