

תאריך: _____
 בית חולים: _____
 מחלקה: _____
 שם רופא/ה מטפל/ת: _____
 טלפון רופא/ה מטפל/ת: _____
 שם דיאטן/נית מטפל/ת: _____
 טלפון דיאטן/נית מטפל/ת: _____

מרשם ל-TPN ביתי SMOFKABIVEN® Ready To Use

אבחנה: _____
 רגישות: _____
 משקל (ק"ג): _____ גובה (ס"מ): _____
 התחלת טיפול ביתי נוכחי בתאריך: _____
 האם הייתה חשיפה למרכיבי TPN כן לא

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

מדבקה

נא לסמן את סוג ונפח השקית הנדרשת

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

ויטמינים ויסודות קורט

Addaven _____ ml
 Soluvit N _____ ml
 Vitalipid adult _____ ml
 Vitalipid infant _____ ml
 Peditrace _____ ml

תוספות*

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

*נא לציין את ערך התוספת הרצויה בלבד

הערות:

קצב עירווי: _____ משך מתן בשעות: _____ נפח לעירווי: _____
 מס' ימי טיפול בשבוע: _____ סה"כ קלוריות (Kcal): _____
 סוג צנתר: OTHER IDPN PORT-A-CATCH HICKMAN PICC LINE
 שטיפה: TAUROLOCK ___ ml HEPARIN 100 Unit/ml 5 ml HEPARIN 10 Unit/ml 5 ml NaCl 0.9% 10 ml
 OTHER TAUROSEPT ___ ml

תוקף מרשם עד:

תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____
 תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____
 תאריך: _____ תוקף חדש: _____ חתימת רופא/ה + חותמת: _____

תוקף מרשם

שם הרופא/ה: _____ חתימה וחותמת הרופא/ה: _____ טלפון נייד: _____

	SMOFKABIVEN® CENTRAL /ELECTROLYTE FREE				SMOFKABIVEN® PERIPHERAL		
	1.0	1.5	2.0	2.5	1.2	1.5	1.9
Bag size							
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



Solvit



Vitalipid adult



Vitalipid infant



Addaven



Peditrace

יש לעיין בעלונים לרופא כפי שאושרו על ידי משרד הבריאות,
לפרטים נוספים ולדיווח תופעות לוואי ניתן לפנות למחלקת רפואה,

טל: 1-800-250-255 פקס: 03-9373716 בית ניאופרם, השילוח 6, ת.ד. 7063 פתח תקווה 4917001

