

מרשם

בית המרקחת המבקש: פרמה-שיא, רח' עמק החולה 5, כפר סבא טל: 077-4107286 פקס: 077-4147867

פרטי החולה

שם החולה _____ גיל: _____ מין: _____
שם המוסד הרפואי _____ מחלקה _____
שם התכשיר וצורתו: _____
הרכב (חומרים פעילים, חוזק/ריכוז) _____
שם היצרן וארץ הייצור _____
ההתוויה המבוקשת _____
מינון יומי _____ משך הטיפול _____ כמות כוללת דרושה _____
הנימוקים והאסמכתאות הרפואיות (רצ"ב ספרות/מאמרים וכיו"ב) להוראות השימוש בתכשיר שאינו רשום בישראל:

הצהרת הרופא:

1. אני החתום מטה מודעת/לכך כי:

- ☒ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.
- ☐ התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת.
- ☐ החולה טופל בתכשירים _____ לאותה ההתוויה.
- ☐ התכשיר חיוני, ולא קיים תכשיר חילופי הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה.
- ☐ התכשיר רשום להתוויה המבוקשת במשרד הבריאות של הארץ שבה יוצר: _____ (שם מדינה)

2. הנני מצהיר כי:

- 2.1 הסברתי לחולה את משמעות הטיפול בתרופה/התוויה שאינה רשומה והוא נתן לכך את הסכמתו מדעת, ומרצונו החופשי.
- 2.2 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי הרפואית.

פרטי הרופא:

שם הרופא _____ מס' טלפון לבירורים _____
מס' רישיון _____ מומחיות _____
תאריך _____