

טל: 03 - 52 888 18
פקס: 03 - 52 582 84

סניף ראשי:
רח' המלך ג'ורג' 54, ת"א

שור טבצ'ניק

shor@drugstore.co.il

אתר: www.drugstore.co.il

בתי מרקחת הומיאופתיה וקוסמטיקה

29

מרשם - טופס הוראות רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס (לבית מרקחת פרטי)
(על פי תקנות 29 (א)1 ו-1 (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו - 1986)

שם פרטי: _____ משפחה: _____ ת.ז.: _____ גיל: _____ מין: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

טלפון נייד: _____

שם התכשיר, צורתו ודרך המתן: Sotalol 80 / 160 Mg.

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): Sotalol

מינון יומי: _____ משך הטיפול: _____ כמות הכוללת הדרושה _____

שם היצרן וארץ היצור: Teva USA

ההתוויות המאושרות לתכשיר בארץ הייצור: _____

ההתוויה המבוקשת: _____

הנימוקים (נא לצרף האסמכתאות הרפואיות, מאמרים וכיו"ב): _____

הצהרת הרופא:

1. אני הח"מ מודעת/לכך כי:

✓ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.

✓ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:

✓ אירופה: גרמניה, אנגליה ✓ ארצות הברית ✓ קנדה

✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא.

2. הנני מצהיר כי

2.1 התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.

2.2 הסברתי לחולה את משמעות הטיפול בתרופה/ התוויה שאינה רשומה והוא נתן לטיפול את הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.

2.3 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי הרפואית.

פרטי הרופא:

שם הרופא: _____ מס' רישיון: _____ מומחיות: _____

מקום עבודתו: _____ טלפון לבירורים: _____

תאריך: _____ חתימה: _____ חותמת: _____

נא למלא את כל הפרטים באופן ברור ובאותו כתב יד. אין להשאיר שדות ריקים בטופס.

ניתן למלא בטופס את הכמות הכוללת לצריכה של עד חצי שנה, בהתאם למינון היומי. תוקף המרשם 6 חודשים.

לשימוש בית המרקחת: _____ נרכש מ: _____ בארץ: _____

לשימוש הרוקח המחוזי

מאושר / לא מאושר _____ האישור ניתן לבית המרקחת המבקש בכמות: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס

אישור השחרור למכס יינתן על ידי הרוקח המחוזי על מסמכי היבוא