

29

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

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

כתובת: _____ טלפון: _____

Daytrana Patches שם התכשיר, צורתו, ודרך המתן:
Methylphenidate transdermal system הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז):
 מינון יומי:

לשימוש בית המרקחת	כמות כוללת דרושה	משך הטיפול בימים	כמות מדבקות ליום	כמות MPH ל 9 שעות	כמות MPH כוללת במדבקה
				10	27.50 Mg
				15	41.30 Mg
				20	55.00 Mg
				30	82.50 Mg

שם היצרן וארץ היצור: Noven USA
 ההתוויה המבוקשת: ADHD . ההתוויה המאושרת לתכשיר בארץ הייצור: ADHD

הנימוקים (נא לצרף האסמכתאות הרפואיות, מאמרים וכיו"ב): תרופות אחרות לא הועילו וגרמו לתופעות לוואי.

טופס של ימולא כראוי – לא יטופל	<p>הצהרת הרופא:</p> <p>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: אנגליה ✓ ארצות הברית ✓ קנדה ✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא. ✓ התכשיר רשום בארה"ב עד גיל 17. ככל שהמטופל מעל גיל 17, אבקש לאשר מחוץ להתוויה כ Off label. 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, ומרצונו החופשי. 2.3 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי הרפואית.</p>
--------------------------------	---

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.
תוקף המרשם והאישור לא יעלה על 6 חודשים מתאריך חתימת הרופא.

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

טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס.
אישור השחרור למכס יינתן על ידי הרוקח המחוזי על מסמכי הייבוא