

29

## טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום או להחזקת מלאי - לבית מרקחת

(סעיפים 3(ג), 3(ד), 4(ג) ו-10(ג))

שם התכשיר, צורתו ודרך המתן: **Guanfacine ER capsules / IR tabs. mg.**

מחק את המיותר. מיוצר בכדורים IR של 1, 2, 4 מג או קפסולות ER 1, 2, 3, 4 מג

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): **Guanfacine Hydrochloride**

שם היצרן וארץ היצור: **Mylan or TEVA USA**

ההתוויה המבוקשת **ADHD**

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

תכשירים רשומים לא הועילו

מנה: \_\_\_\_\_ תדירות מתן: \_\_\_\_\_ כמות כוללת ל: \_\_\_\_\_ חודשים: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

### הצהרת הרופא:

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- הטיפול בתכשיר חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה, או שהתכשיר החלופי המשווק אינו מתאים למטופל/לטיפול
- התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.
- הסברתי/אסביר (לפי העניין) למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר/התוויה שאינה רשומה (לפי העניין), והוא נתן, בכתב, מרצונו החופשי, את הסכמתו מדעת לטיפול.
- ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריותי הרפואית.

כמו כן, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן (סמן את המתאים):

- ✓ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.
- ✓ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:
- ✓ ארצות הברית
- ✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא.

### פרטי הרופא:

שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רישיון: \_\_\_\_\_ מומחיות: \_\_\_\_\_

מקום עבודתו: \_\_\_\_\_ טלפון לבירורים: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

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

### לשימוש המשרד

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת: \_\_\_\_\_

טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס. אישור השחרור למכס יינתן במסמכי הייבוא.