

שם המטופל: _____ ת.ז.: _____ גיל: _____ מין: _____

כתובתו: _____ טלפון: _____

שם התכשיר וצורתו: _____

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): Methylphenidate

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

שם היצרן וארץ היצרן: _____

ההתוויות המאושרות לתכשיר בארץ היצרן: Narcolepsy , ADD, ADHD

ההתוויה המבוקשת: _____

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

הצהרת הרופא-

1. אני הח"מ מודעת/לכך כי:

✓ התכשיר הרפואי אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל, במינון הזה.

✓ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת הארצות הבאות ומקובל להתוויה המבוקשת:

✓ אירופה: (שם הארץ): כל האיחוד האירופי. לארה"ב לקנדה לאוסטרליה ליפן □ אחר(שם ארץ): _____

✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת בארץ ממנה נשלח.

2. הנני מצהיר כי:

2.1 הסברתי לחולה את משמעות הטיפול בהתוויה שאינה רשומה והוא נתן לכך הסכמתו מדעת ומרצונו החופשי.

2.2 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריות הרפואית.

פרטי הרופא:

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

מקום עבודתו: _____ טלפון לבירורים: _____

תאריך: _____ חתימה: _____ חותמת: _____

לשימוש בית המרקחת:	
נרכש מ: _____	בארץ: <u>ישראל</u>
<u>לשימוש הרוקח המחוזי</u>	
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 הרוקחת המחוזית על מסמכי הייבוא