

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"ו - 1986)

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

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

לשימוש הרוקח המחוזי	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: **Shire 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.

הצהרת הרופא:

1. אני הח"מ מודעת/ת 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.

פרטי הרופא:

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

מקום עבודתו: _____ טלפון לביירוטים: _____

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: _____

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 הייבוא