

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: _____ טלפון נייד: _____

שם התכשיר, צורתו ודרך המתן: _____
Focalin XR Mg. Capsules

בחר אחת האפשרויות ומחק את השנייה

Dexmethylphenidate Mg. tablets

מחק את המיותר. מיוצר בכדורים IR של 5 או 10 מ"ג או קפסולות XR 10,15,20,25,30,40 מ"ג.

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): dexmethylphenidate hydrochloride

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

שם היצרן וארץ היצור: NOVARTIS or TEVA USA

ההתוויה המבוקשת: ADHD. ההתוויות המאושרות לתכשיר בארץ הייצור: ADHD

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

טופס שלא ימולא כראוי - לא יטופל

הצהרת הרופא:

- 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 צרפת בלגיה ✓ ארצות הברית ✓ קנדה
 - ✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא.
 - ✓ התכשיר בכדורים IR רשום בארה"ב עד גיל 17. ככל שהמטופל מעל גיל 17, אבקש לאשר מחוץ להתוויה כ Off label.
 - 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 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: _____

לשימוש הרוקח המחוזי

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

תאריך: _____ חתימה וחתימת: _____

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