

29

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

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

כתובת: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____ משקל המטופל: _____

שם התכשיר, צורתו ודרך המתן: **Strattera Caps** הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): **Atomoxetine Hcl**
מינון יומי: _____

לשימוש הרוקח המחוזי	לשימוש בית המרקחת	כמות כוללת דרושה	משך הטיפול	כמות הקפסולות ביום	ריכוז התרופה
					מס. כמות
					10 Mg
					18 Mg
					25 Mg
					40 Mg
					60 Mg
					80 Mg
					100 Mg

שם היצרן וארץ היצור: **Eli Lilly USA or Eli Lilly Germany**

ההתוויה המבוקשת: **ADHD** ההתוויה המאושרת לתכשיר בארץ הייצור: **ADHD**

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

טופס שלא ימולא כראוי - לא יטופל

הצהרת הרופא:

- אני הח"מ מודעת/ת לכך כי:
 - ✓ התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.
 - ✓ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:
 - ✓ אירופה: גרמניה צרפת בלגיה ✓ ארצות הברית ✓ קנדה
 - ✓ התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא.
- 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 וחותמת: _____

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