

תאריך: _____

טופס בקשה לאישור טיפול ברימות רפואיות מכבי שירותי בריאות

פרטי מבקש הבקשה

בית חולים/מרפאת פצע: _____
שם הרופא: _____
מומחיות: _____
טלפון: _____
פקס: _____

פרטי המטופל / מדבקה

שם פרטי ומשפחה: _____
ת.ז.: _____
טלפון מטופל: _____
כתובת המטופל: _____
הערות: _____

רקע רפואי (הקף בעיגול): סכרת / PVD / טיפול בסטרואידים / תרופות מדכאות חיסון / דיאליזה

אחר _____ תרופות (דגש על נוגדי קרישה): _____

מיקום פצע: _____ גודל הפצע: _____ X _____ ס"מ, עומק הפצע _____ ס"מ, מחילה כן / לא _____ ס"מ,

אחוז רקמת גרעון _____, **זיהום**: לא / כן- פרט טיפול: _____ פצע לחץ כן / לא

_____ כיצד מטופל למניעת הלחץ

_____ סוג הפצעים והאתיולוגיה: (טיפולים קודמים)

_____ מדדי מעבדה ומדדים מטבוליים: ס. דם _____ ש. דם _____ CRP _____ אלבומין _____ HIV / HEP _____

_____ חום גבוה _____ דימום _____ הערות:

• **נא לצרף תמונה של הפצע לפני הטיפול.** ☐ מצורף מכתב רפואי

_____ מספר מנות טיפול נדרש:

לתשומת ליבכם התוויות הנגד לשימוש ברימות חופשיות:

* חלל הבטן ליד איברים פנימיים * **מיקום פיזי ללא יכולת סגירה (ניתן לשקול רימות מוכלות) * חולה במצב סוער**

_____ על החתום: חתימה וחותמת הרופא:

_____ לשימוש פנימי: הזמנת רכש מס: _____ מס' ימי טיפול מאושרים _____ שם המאשר/ת: _____

לשאלות והעברת החומר:

מרכז אישורים ארצי לטכנולוגיות שאינן תרופתיות: טלפון 04-8808538 , פקס 073-2284346 mercatech@mac.org.il