**טופס 4**

**טופס הוראת רופא לטיפול חמלה או טיפול דחוף**

(סעיף 3(ב)(2)(ב), 3(ב)(3)(ד) ו- (ו))

שם המטופל וכולל מספר תעודת זהות): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_\_

שם המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם התכשיר, צורתו
ודרך המתן:

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם היצרן וארץ הייצור: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ההתוויה המבוקשת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הנימוקים לכך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*יש לצרף היסטוריה רפואית, אבחנה, תגובה לאמצעים טיפוליים קודמים, תכנית טיפול, מאמרים תומכים וכיו"ב:*

מנה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תדירות מתן התכשיר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כמות כוללת דרושה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הצהרת הרופא:

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:

* התכשיר הוא תכשיר חיוני.
* הטיפול בתכשיר הוא חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים, הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה, או שהתכשיר החלופי המשווק איננו מתאים למטופל.
* התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.
* הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר/התוויה שאינה רשומה (לפי העניין), והוא נתן, בכתב, מרצונו החופשי, את הסכמתו מדעת לטיפול.
* ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריותי הרפואית.

שם הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר טלפון לבירורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר רישיון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מומחיות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אישורים:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | יושב ראש ועדת הלסינקי | יושב ראש ועדת התרופות | הנהלת המוסד | מנהל שירותי הרוקחות | אישור משרד הבריאות  |
| שם המאשר וחתימתו |  |  |  |  |  |
| תאריך |  |  |  |  |  |

\* לצורך טיפול דחוף אין צורך באישור משרד הבריאות ,העתק יועבר לאגף הרוקחות במייל rok.import@moh.gov.il

**תוקף האישור לא יעלה על 6 חודשים.**

**אישור זה איננו אישור לשחרור התכשיר מהמכס**