**מרשם - טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס (לבית מרקחת פרטי)**

**(על פי תקנות 29 (א) (1) ו- (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו - 1986)**

בית המרקחת המבקש: בית מרקחת הנגב בע"מ טלפון: 08-6277016 פקס: 08-6277013

**שם החולה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_גיל: \_\_\_\_\_\_מין:\_\_\_\_\_  
כתובתו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם התכשיר,צורתו**

**ודרך המתן:**

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

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

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

## הנימוקים :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(יש לצרף האסמכתאות הרפואיות ספרות, מאמרים וכיו"ב)   
מינון יומי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משך הטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ כמות כוללת דרושה ל\_\_\_\_ חודשים:\_\_\_\_\_\_\_**

**הצהרת הרופא:   
אני הח"מ מודע לכך כי (סמן את המתאים):**

**התכשיר איננו רשום בישראל.  
 התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת.Off - Label**

**התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה   
 להתוויה המבוקשת:**

**מערב אירופה (שם הארץ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ארה"ב קנדה אוסטרליה יפן**

* **אחר, שם הארץ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אני מצהיר בזה כי התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.**

**הסברתי לחולה את משמעות הטיפול בתרופה/התוויה שאינה רשומה והוא נתן לטיפול את הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.**

**ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריותי הרפואית.**

**שם הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון לבירורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מספר רשיון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מומחיות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מען הרופא או מען מרפאתו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חתימה וחותמת הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
תוקף הבקשה 6 חודשים מתאריך חתימת הרופא.**

**(לשימוש הרוקח המחוזי בלבד)**

**מאושר / לא מאושר  
האישור ניתן לבית המרקחת המבקש בכמות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס.**

**אישור השחרור למכס יינתן במסמכי הייבוא**