

**מרשם רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי - לחולה פרטני**

שם המטופל (ומספר 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: \_\_\_\_\_ התרופה אינה רשומה בארץ \_\_\_\_\_

(יש לצרף האסמכתאות הרפואיות ספרות, מאמרים וכיו"ב)

מינון יומי: \_\_\_\_\_ משך הטיפול: \_\_\_\_\_

כמות כוללת דרושה (שלא תעלה על כמות צריכה ל- 6 חודשים) \_\_\_\_\_

הצהרת הרופא (נא לסמן את המתאים):1. אני הח"מ מודע לכך כי: התכשיר חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה. התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל. התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת (Off Label). התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת מהמדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה

המבוקשת:

 מערב אירופה (שם הארץ: \_\_\_\_\_) ארה"ב קנדה אוסטרליה יפן,2. אני מצהיר כי:

2.1 התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון בו.

2.2 הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר להתוויה שאינה רשומה והוא נתן לטיפול את

הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.

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

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

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

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

אישורי המוסד הרפואי:

יו"ר ועדת התרופות מנהל או מוסמך מטעמו מנהל שירותי הרוקחות

שם המאשר וחתימתו: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

תוקף המרשם לא יעלה על 6 חודשים.