

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

בית המרקחת המבקש: _____ טלפון: _____ פקס: _____
שם המטופל: _____ ת.ז.: _____ גיל: _____ מין: _____
כתובתו: _____ טלפון: _____
שם התכשיר, צורתו ודרך המתן: _____
הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): _____
מינון יומי: _____ משך הטיפול: _____ כמות כוללת דרושה: _____
שם היצרן וארץ הייצור: _____
נרכש מ _____ בארץ: Israel _____
ההתוויות המאושרות לתכשיר בארץ הייצור: _____
ההתוויה המבוקשת: _____
הנימוקים (נא לצרף האסמכתאות הרפואיות, מאמרים וכיו"ב): _____

הצהרת הרופא:

1. אני הח"מ מודע לכך כי: (נא לסמן X)

- X התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.
 התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת – Off Label.
 X התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת הארצות הבאות ומקובל להתוויה המבוקשת:
 אירופה (שם הארץ: _____) ארה"ב קנדה אוסטרליה יפן אחר, שם הארץ: _____
 התכשיר מותר לשיווק להתוויה המבוקשת במדינה שממנה יובא.

2. 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 לכך הסכמתו מדעת ומרצונו החופשי.
2.3 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי הרפואית.

פרטי הרופא:

שם הרופא: _____ מס' רשיון: _____ מומחיות: _____
מקום עבודתו: _____ טלפון לבירורים: _____
חתימה וחותמת הרופא: _____ תאריך: _____

תוקף המרשם והאישור לא יעלה על 6 חודשים מתאריך חתימת הרופא.

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