

משיכה באמצעות אי. אל. מדי מרקט בע"מ

טופס 2

(סעיף 3ב(1)(א), (2)(ב) ו-9א(1)(א))

טופס לאישור שימוש בתכשיר רפואי שאינו רשום, למוסד רפואי (אישור קיבוצי)

שם המוסד הרפואי: _____ מחלקה: _____

SOD.CHLO SOL 0.45% 500ML

שם התכשיר, צורתו
וזרך המתן:

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): SOD.CHLO SOL 0.45% 500ML

שם היצרן וארץ הייצור: BAXTER -ספרד

ההתוויה המבוקשת:

הנימוקים: אין תכשיר רשום

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

כמות כוללת דרושה (לשנה)

אני הח"מ מצהיר בזה כי:

- התכשיר חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה.
- התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.
- ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא של הרופא המטפל ובאחריותו הרפואית.

נא לסמן את המתאים:

התכשיר כלול בסל שירותי הבריאות שלפי חוק בריאות ממלכתי, אך אינו רשום בפנקס

התכשירים הרפואיים בישראל.

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

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

V מערב אירופה: אנגליה ארה"ב קנדה אוסטרליה יפן

יו"ר ועדת התרופות של המוסד הרפואי, שמו וחתימתו:

אישורי המוסד הרפואי:

מנהל שירותי הרוקחות

מנהל או מוסמך מטעמו

שם המאשר וחתימתו:

תאריך:

תוקף האישור לא יעלה על 12 חודשים.

העתק: אגף הרוקחות, משרד הבריאות בפקס: 02-6725820