



021227

טלפון: 02-5612139

פקס: 02-5660014

כתובת: הגדוד העברי 4, ירושלים

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 340903137

שם פרטי: לאונרד ז

שם משפחה: שפירא

טל.עבודה/נייד: 000000000

0543171706

טלפון:

מין: ז

29/07/1936

ת.לידה:

מיקוד 9362212

גד 13/23, ירושלים

כתובת:



0340903137

תמצית הביקור מתאריך 14/09/2021 בשעה 12:34

תאריך הביקור: 14/09/2021

מוזמן למעקב: מוזמן למעקב על פי צורך

תרופות שנרשמו בביקור:

שם התרופה	מינון והוראות מרשם	שמות החלופות
SINEMET CR 50/200X100	לבליעה 1 טבליה 5 פעמים ביום, לתקופה של 90 ימים.	* TAB. SINEMET CR 50/200X100 < 4 OP+50 > [27587]
SEROQUEL 25MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	* TAB. SEROQUEL 25MG X 30 < 3 OP > [25350] TAB. QUETIAPINE 25MG X 30 < 3 OP > [49799]
DAIVOBET 60G	למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 90 ימים.	* ONT. DAIVOBET 60G < 2 OP > [10346] ONT. DAIVOBET 30G < 4 OP > [59736]
CICLODERM 1% X 15GR	למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 21 ימים.	* CRM. CICLODERM 1% X 15GR < 1 OP > [8819]
FUSID 40MG X 30	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (בוקר 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	* TAB. FUSID 40MG X 30 < 3 OP > [84637]
SYSTANE GEL DROPS 10ML	לטפטף בעין 1 טיפות 4 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 90 ימים.	* EYE DROPS SYSTANE GEL DROPS 10ML < 4 OP > [51494]
DUOTRAV EYE 2.5ML	לטפטף בעין 1 טיפות 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טיפות, ערב 1 טיפות) לתקופה של 90 ימים.	* EYE DROPS DUOTRAV EYE 2.5ML < 6 OP > [48349]
TAMSULIN 0.4MG X 30	לבליעה 1 כמסה 1 פעם ביום, (בוקר 1 כמסה) לתקופה של 90 ימים.	* CAP. TAMSULIN 0.4MG X 30 < 3 OP > [86739] CAP. PROMNIX 0.4MG X 30 < 3 OP > [86496] CAP. OMNIC 0.4MG X 30 < 3 OP > [17665]
NOVITROPAN 5MG X 30	לבליעה 1 טבליה 2 פעמים ביום, (בוקר 1 טבליה, ערב 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	* TAB. NOVITROPAN 5MG X 30 < 6 OP > [56320]
STATOR 20MG X 28	לבליעה 1 טבליה 1 פעם ביום, (ערב 1 טבליה) לתקופה של 90 ימים.	* TAB. STATOR 20MG X 28 < 3 OP+6 > [85913] TAB. CRESTOR 20MG X 28 < 3 OP+6 > [60450]
DURATEARS 3.5GR	למריחה 4 פעמים ביום, (לפי הצורך) לתקופה של 30 ימים.	* OCULENTUM DURATEARS 3.5GR < 1 OP > [7435]

הפניות, אשורים ודפי מידע

סוג	שם / תיאור	מתאריך	עד תאריך
הפניה	מכון רנטגן: כתף שמאל 2 צילומים (AP+LAT)		
הפניה	התייעצות מומחה: אורתופדיה		

001793202321