בס"ד

מחלקת רוקחות
טלפון: 08-9788625 פקס: 08-9214936

ג29'
רוקחות 3.2012

יש למלא בדפוס בלבד !

אל: משרד הבריאות מחלקת רוקחות מגר' יעקב כץ רוקח מחוזי מחוז מרכז

טופס 5 (סעיף3ג(4), ו-ד(4) בקשה לשימוש בתכשיר שאינו רשום - לבית מרקחת פרטי
לפי תקנה 29 לתקנות הרוקחים(תכשירים) התשמ"ו 1986

בית המרקחת המבקש: **בית מרקחת הירקון** טלפון: 03-9306284 פקס: 03-9348537

שם החולה: _____ ת.ז. _____ גיל: _____ מין: _____

כתובתו: _____ טלפון/פלאפון _____

שם התכשיר: _____ צורתו: _____
הרכב (חומרים פעילים כמות/וריכוז): _____

_____

שם היצרן וארץ הייצור: _____

ההתוויה המבוקשת: _____

הנימוקים והאסמכתאות הרפואיות (רצ"ב ספרות/מאמרים וכיוב) להוראות השימוש
בתכשיר: _____

_____

מינון יומי: _____ משך הטיפול: _____ הכמות כוללת הדרושה ל____חודשים: ____

הצהרת הרופא: . אני הח"מ מודע/ת לכך כי (סמן את המתאים):
☐ התכשיר איננו רשום בישראל.
☐ התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתויה המבוקשת..
☐ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת הארצות הבאות ומקובל 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 ממשמעות הטיפול בתרופה/התוויה שאינה רשומה והוא נתן הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.
ההוראות לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת הינה בהתאם לאחריותי 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)

_____

_____

_____

תאריך: _____ חתימה וחותמת _____

.....

טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס
אישור השחרור למכס יינתן על ידי הרוקח המחוזי על מסמכי הייבוא