

**מרשם - טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס (לבית 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: Amantadin-neuraxpharm 100 mg

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): 100mg Amantadin Sulphate

מינון יומי: \_\_\_\_\_ משך הטיפול: \_\_\_\_\_ כמות כוללת דרושה: \_\_\_\_\_

שם היצרן וארץ הייצור: Neuraxpharm Arzneimittel GmbH, Germany

נרכש מ \_\_\_\_\_ בארץ: \_\_\_\_\_

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)**

- 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 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 לאחרייתי 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