

מרשם Rx

תאריך: ____/____/____

שם המטופל: _____

תעודת זהות: _____

כתובת מגורים: _____

גיל _____

זכר/נקבה

QUILLIVANT XR 900 mg/180 ml (Methylphenidate 25mg/5 ml)

אבחנה: ADHD

סיבה לטיפול גדול מ-10 ימים: לטיפול ממושך ב-ADHD, המטופל נמצא במעקב הרפואי שלי אחת לחודש

מינון יומי: **1 X 12 ml**

60 (שישים) מ"ג [12 (שנים עשר) מ"ל] פעם אחת ביום, לתקופה של 30 (שלושים) יום

סה"כ 2 (שני) בקבוקים של 180 (מאה ושמונים) מ"ל [900 (תשע מאות) מ"ג]

2 OP

שם הרופא: _____

כתובת המרפאה: _____

מספר הטלפון: _____

חותמת וחתימת הרופא (כולל מספר רישיון)

המרשם תקף 15 יום בלבד מתאריך רישומו