

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס
בדואר אלקטרוני או
בפקס, בהתאם להנחיות
המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו
את שמכם וסמנו ☒
בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה
ידינית לא ניתן לחתום דרך
המחשב. הדפיסו את המסמך
וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ
ושמרו אותו על
המחשב, באמצעות
Download

הקובץ לא נפתח?
יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת
על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם?
[למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט.
בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות
מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



מערך רוקחות ופרמקולוגיה-חטיבת הבריאות

דוא"ל: harigim_approve@mac.org.il

פקס: 076-8893370

תאריך: ____/____/____

בקשה לדיון בטיפול תרופתי שאינו בסל בוועדת הריגים

הנחיות למילוי הטופס: הטופס מיועד למילוי על ידי החבר/ה, רופא/ה או בא כח אחר. יש לצרף חוות דעת חתומה של הרופא/ה המטפל/ת. יש להגיש את הבקשה רק על גבי הטופס תוך מילוי כל השדות וצירוף כל המסמכים הרפואיים הנדרשים. בקשות שלא ישלחו באמצעות הטופס הייעודי לא יטופלו.

על המסמכים הרפואיים הנלווים להיות חתומים בחותמת וחתומת רופא/ה.

1. פרטים אישיים:

שם החבר/ה:	מס' תעודת זהות:	גיל:	מין:
			זכר נקבה

סובל/ת מ: _____

התרופה המבוקשת: _____

משטר הטיפול המבוקש: _____

2. טיעון בעל-פה:

איני מעוניין/ת להציג את טעוני בעל פה

אני או בא כוחי (המפורט בסעיף 3) מעוניין/ת לנציג את טעוני בעל פה בפני הוועדה. (זימון לוועדה ישלח אליכם בדואר).

3. פרטי הגורם המיצג בפני הוועדה:

שם פרטי ומשפחה:		קרבה לפונה:		טלפון:
רחוב:		מס' בית:	יישוב:	מיקוד:

4. הנמקה לפנייה לוועדת החריגים לתרופות:

5. נא לצרף מסמכים רפואיים המתעדים את הרקע הרפואי לבקשה ואת הטיפולים הקודמים בהם טופלת עד כה וספרות רפואית רלבנטית. במידה וצורפו מסמכים אנה פרט:

א.

ב.

ג.

ד.

ה.

6. חתימת המבקש/ת:

שם פרטי ומשפחה:	חתימה:

חלק זה מיועד לרופא/ה המטפל/ת:

1. רקע רפואי וטיפולים קודמים שקיבל/ה החבר/ה כולל מחלות רקע ותגובה לטיפולים קודמים. במידה ורלוונטי נא לצרף גם מצב תפקודי ותשובת פתולוגיה

במידה והחבר/ה החל/ה לקבל את הטיפול אנא פרט/י את יעילות הטיפול המבוקש עבורו/ה, משך הטיפול שניתן עד כה ותוצאות טיפול סובייקטיביות ו/או אובייקטיביות (כגון הדמיה, בדיקות מעבדה וכ'ו) שיש לצרף לבקשה.

האם קיימים טיפולים חלופיים למצבו/ה של החבר/ה, והאם הוצעו לחבר/ה?

מהי החריגות הרפואיות במצבו/ה של החבר/ה המבקש/ת:

שם הרופא/ה המטפל/ת:		התמחות:
טלפון:	כתובת דוא"ל:	חתימה: