

טופס הזמנת tocilizumab עבור התחלת טיפול עם teclistamab/talquetamab
במסגרת outpatient (יושלם על ידי הרופא המטפל)

טופס זה מיועד למטופל שפרטיו מופיעים מטה, ועתיד להתחיל טיפול teclistamab/talquetamab במתווה של outpatient (ללא אשפוז).

לשם כך, אני ממליץ על מתן tocilizumab כטיפול חד פעמי במינון _____ ובפורמולציית IV טרם תחילת הטיפול ב teclistamab/talquetamab.

בחירת הטיפול

teclistamab

talquetamab

פרטי הרופא/ה:

שם הרופא/ה המטפלת	
מס' הטלפון של הרופא/ה המטפלת	
שם המרכז הרפואי	

פרטי המטופל/ת:

שם פרטי	
שם ומשפחה	
מספר תעודת זהות	

פרטי בית חולים (בית מרקחת) למשלוח:

שם בית החולים	
שם איש הקשר לתיאום המשלוח	
טלפון לתיאום המשלוח	

***יש לצרף טופס 29 ג' ל-tocilizumab**

תאריך: _____ חתימה: _____

remezpharm@gmail.com

לבירורים נוספים ניתן לפנות לבית מרקחת רמז בטלפון:

077-5253311 / 04-8222133

במקרים דחופים: 054-7419100

הבהרות:

1. מתן tocilizumab כטיפול פרופילקטי איננו מאושר ע"י משרד הבריאות.
2. ההחלטה על הטיפול ב-tocilizumab ואופן המתן הינם על סמך ובאחריות הרופא הממליץ בלבד.
3. יובהר כי tocilizumab אינו מוצר של ג'ונסון אנד ג'ונסון והוא מיוצר, מסופק או משווק על ידי צד שלישי בלבד. ג'ונסון אנד ג'ונסון אינה אחראית בשום דרך לאיכות, בטיחות, יעילות או התאמת המוצר לצרכי המטופל/ת. כל אחריות הקשורה למוצר tocilizumab חלה אך ורק על היצרן ו/או המשווק החיצוני, ולפיכך כל פניה, תלונה או דרישה תופנה ישירות אליהם.
4. טופס בקשה זה מיועד למטרות לוגיסטיות בלבד ואינו מחליף או משלים כל מסמך רפואי הנדרש על פי חוק.
5. אין בבקשה זו משום המלצה או עידוד כלשהי מצד ג'ונסון אנד ג'ונסון בשימוש בתרופה tocilizumab ו/או בכל תכשיר רפואי אחר לכל מטרה שהיא.