

(9) טופס עבור תוצאות בדיקת היריון (לנשים פוריות - FCBP)

יש לשלוח טופס זה לניאופרם במקביל לרישום המרשם!

תאריך:

שם התרופה: רבלימיד
 תלידומיד סלג'ן
 אימנוביד

ראשי תיבות המטופלת (שם פרטי, שם משפחה): _____

ת.ז. של המטופלת: _____

תאריך לידה: _____

תאריך הביקור	תאריך קבלת תוצאה שלילית בבדיקת היריון	אישור שאין סיכון להיריון (נא לסמן)	תאריך מתן המרשם לרבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד	חתימת רושם המרשם

שם המוסד הרפואי: _____

שם רושם המרשם: _____

מספר הרישיון של הרופא: _____

יש לשלוח ניאופרם לפקס מס' 03-9264237 או באמצעות הדוא"ל לכתובת:
RMP@neopharmisrael.com