

טופס עבור תוצאות בדיקת היריון (לנשים פוריות - WCBP)

יש לשלוח טופס זה לניאופרם במקביל לרישום המרשם!

תאריך:

שם התרופה :

תלידומיד BMS (Thalidomide) ☐

אימנוביד (Pomalidomide) ☐

ראשי תיבות המטופלת (שם פרטי, שם משפחה):

ת.ז. של המטופלת :

תאריך הביקור	תאריך קבלת תוצאה שלילית בבדיקת היריון	אישור שאין סיכון להיריון (נא לסמן)	תאריך מתן המרשם לתלידומיד BMS / 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