

استمارة لنتائج اختبار الحمل (للنساء الخصبات - WCBP)

يجب إرسال هذه الاستمارة إلى شركة نيو فارم بالمقابل مع إصدار الوصفة الطبية!

التاريخ:

اسم الدواء:

☐ ثاليدوميد BMS (Thalidomide)

☐ إيمنوفيد (Pomalidomide)

أول حروف اسم المريضة (الاسم واسم العائلة):

رقم هوية المريضة:

تاريخ الزيارة	تاريخ الحصول على نتيجة سلبية لفحص الحمل	تأكيد عدم وجود خطر حدوث حمل (يرجى التحديد)	تاريخ إصدار وصفة ثاليدوميد BMS/إيمنوفيد	توقيع مُسجل الوصفة الطبية

اسم المؤسسة الطبية:

اسم مُصدر الوصفة الطبية:

رقم رخصة الطبيب:

يجب إرسال الاستمارة إلى نيو فارم عبر الفاكس رقم 03-9264237 أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان:

RMP@neopharmisrael.com

تمت مراجعة هذه النشرة ومحتواها والموافقة عليها من قبل وزارة الصحة الإسرائيلية في نيسان 2025.