

טופס מס' 12- התוויות לטיפול במתן חמצן

תאריך: ____/____/____

לכבוד הרופא המטפל

ד"ר _____

שלום רב,

הנדון: התוויות לטיפול במתן חמצן

פרטים אישיים של התלמיד		
שם מלא	מס' ת"ז	תאריך לידה

התלמיד הנ"ל לומד במסגרת החינוכית _____.

על מנת שנוכל להעניק לו את הטיפול המקצועי והנכון נודה על קבלת הוראות טיפול מפורטות כדלקמן:

1. האם זקוק התלמיד להעשרה בחמצן במהלך שהותו במסגרת החינוך?

2. באיזו סיטואציה רפואית זקוק התלמיד לחמצן ומאיזה ערך סטורציה? (נא לפרט)

3. באיזה אמצעי העשרת חמצן יש להשתמש? מחולל חמצן / מיכל חמצן
אמצעי מתן החמצן – מסיכה / קנולה / משקפיים

4. באיזה קצב זרימה יש לתת את החמצן? (כמה ליטרים לדקה?)

5. מה הקריטריונים לפינוי התלמיד ע"י אמבולנס במקרה חירום?

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____