

תאריך: 08/05/2025

מ.ר גורם מפנה



013370

דר' ורנר בן  
אימונולוגיה/אלרגולוגיה

התמחויות:

מומחה באימונולוגיה/אלרגולוגיה

מומחה ברפואת ילדים

טלפון: 09-9513603

פקס: 09-9500471

כתובת: הנדיב 71, הרצליה

פרטי הנבדק:	שם משפחה:	שם פרטי:	ת.י:
ת.לידה:			
0240193391			

תשובת יועץ

בבדיקה שנעשתה ב: 08/05/2025

עקב: בן 9 חד

סובל מ AD יונק + כלכלה רגילה

האם חושדת במוצרי מזון

התנפח מבוטנים ?

ממצאים: פריחה בלחיים

ת.עור

רגישות לביצה 4X4 חלב 8X8 שומשום 8X8 בוטנים 3X3 עוף 4X4

סויה גבולי

דיון ואבחנה מبدלת:

נא לבצע במרפאת הקופה בדיקת RAST לאלרגנים הנ"ל לסיכום רגישות למזון מתוכחת IGE עלולה לגרום לתופעה אנפילקטית

תשא אפיפן

אבחנות:

• DERMATITIS ATOPIC

- EPICERAM 90G - { (למשך 30 ימים) X 2 }
- AFLUMYCIN 20GR - { (למשך 7 ימים) X 1 }
- PROTOPIC 0.03% 30G - { (למשך 20 ימים) X 2 }
- ZADITEN 0.2MG/ML - { (למשך 30 ימים) X 2 }
- EPINEPHRINE JUNIO 0.15MG X 2 - { (למשך 1 ימים) X 1 }

תרופות שניתנו:

סיכום והמלצות: ב

ביקורת והמשך מעקב: מוזמן למעקב: על פי צורך

08/05/2025

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

מומחה לאימונולוגיה ואימונולוגיה קלינית  
 מומחה ברפואת ילדים  
 מ.ר. 13370  
 דר' ורנר בן



0240193391

29/05/2025 עד 08/05/2025

המרשם בתוקף מ:

בן: 9 חודשים ו-2 שבועות

Rp.

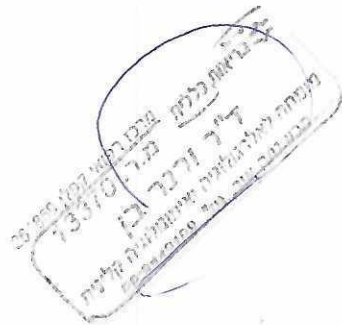
סה"כ: 1 OP

שם התרופה:

Pen epinephrine 0.15 mg

- שמות החלופות:
- PEN EPIPEN JR 0.15MG/0.3 < 2 OP > [7085]
  - PEN EPIPEN JR 0.15MG X 2 < 1 OP > [65552]
  - PEN EPINEPHRINE JUNIO 0.15MG < 2 OP > [6501]
  - \* PEN EPINEPHRINE JUNIO 0.15MG X 2 < 1 OP > [28514]

הוראות שימוש: להזרקה 1 עט 1 פעם ביום, (בוקר 1 עט) לתקופה של 1 ימים.



\* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



431757

[o.m]

\* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

ד"ר ורנר בן  
מומחה באימונולוגיה/אלרגולוגיה  
הנדיב 71, הרצליה  
מ.ר.: 13370 טל: 09-9513603



013370

חתימה וחוטמת גורם מטפל  
ת.הפקה: 08/05/2025

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.



29/05/2025 עד 08/05/2025

המרשם בתוקף מ:

בן: 9 חודשים ו-2 שבועות

Rp.

סה"כ: OP 2:

שמות החלופות: \* EML. EPICERAM 90G < 2 OP > [47573]

הוראות שימוש: למריחה 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 30 ימים.

סה"כ: OP 1:

שם התרופה: **Crm. prednisolone 5 mg/g  
gentamicin (sulphate) 1 mg/g**

שמות החלופות: \* CRM. AFLUMYCIN 20GR < 1 OP > [7842]

הוראות שימוש: למריחה 1 פעם ביום, (בוקר 1) לתקופה של 7 ימים.

סה"כ: OP 1:

שם התרופה: **Ont. tacrolimus 0.3 mg/g**

שמות החלופות: \* ONT. PROTOPIC 0.03% 30G < 1 OP > [55925]

הוראות שימוש: למריחה 2 פעמים ביום, (בוקר 1, ערב 1) לתקופה של 20 ימים.

סה"כ: OP 1:

שם התרופה: **Syr. ketotifen 0.2 mg/mL**

שמות החלופות: SYR. PROFITEN 100ML 1MG/5ML < 2 OP > [8450]  
\* SYR. ZADITEN 0.2MG/ML < 1 OP > [95310]

הוראות שימוש: לבליעה 3 מ"ל פעמים ביום, (בוקר 3 מ"ל, ערב 3 מ"ל) לתקופה של 30 ימים.

עם או אחרי אוכל  
ניפוק בבית מרקחת מכבי פארם



\* ההשתתפות העצמית תקבע בבית המרקחת על פי תוכנית הגביה המאושרת לקופה, ועל פי הנהלים שבתוקף ביום הניפוק



[0.m]

\* בידיעתי ובאחריותי מורשה הרוקח/ת לנפק חלופה גנרית שאושרה ע"י הקופה אלא אם ציינתי אחרת.

דר' ורנר בן  
מומחה באימונולוגיה/אלרגולוגיה  
הנדיב 71, הרצליה  
מ.ר.: 13370 טל: 09-9513603



חתימה וחותרמת גורם מטפל  
ת.הפקה: 08/05/2025

לידיעתך מרשם המופק עם חתימה דיגיטאלית ינופק בבית המרקחת רק אם הוא מופיע במאגר המרשמים הממוחשב, תאריך ניפוק תואם את המרשם, חותרמת אלקטרונית מוטבעת עליו והמרשם לא נוצל עדיין.