קו לחיים
תנועה חברתית
לשיפור והצלת חיים בישראל

# טופס מידע רפואי 1/2

## ימולא על ידי הרופא המטפל (2 עמודים)

**רופא נכבד, העדר התייחסותך לאחד מהסעיפים תמנע מאתנו לשתף המטופל/ת בפעילויות העמותה.**

## פרטי רופא מטפל בקופת החולים/ בית החולים

שם הרופא: _____ קופת חולים: _____ טלפון: _____

שם ביה"ח: _____ מחלקה: _____ טלפון: _____

## אבחנות (יש לרשום באנגלית בלבד)

**חובה לרשום את כל האבחנות והבעיות של המטופל/ת באנגלית**

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

## תרופות (חובה לציין את כל התרופות שהמטופל/ת לוקח/ת כולל אלו שהמטופל/ת לוקח/ת רק בזמן ביה"ס או לפי הצורך כמו משאפים או Ritalin)

| שם התרופה (באנגלית בלבד) | מינון- בוקר | מינון- צהריים | מינון- ערב | אחר |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- במידה ואני זקוק/ה לזריקות באופן קבוע (כמו הורמון גדילה ) ואיני יודע/ת להזריק בעצמי, אני מודע/ת כי צוות קו לחיים ו/או המתנדבים לא יבצעו טיפול זה.

## רגישויות של המטופל/ת:

**רגיש לתרופות:** כן / לא, אם כן, אנא

פרט:_____

**רגיש למזון מסוים:** כן / לא, אם כן, אנא פרט:

_____

הערות:_____

_____

שם הרופא:_____ חתימת הרופא:_____ חותמת הרופא:_____

תאריך:_____

## טופס מידע רפואי 2/2

### אם המטופל/ת סובל/ת מפרכוסים

סוג הפרכוס:_____ טיפול בזמן פרכוס:_____

מתי מתרחש פרכוס: פעם ביום / פעם בשבוע / פעם בחודש / לעיתים רחוקות

האם היו פרכוסים בעבר? כן / לא פרט:_____

### חיסונים

האם המטופל/ת קיבל/ה **חיסון טטנוס**? כן / לא תאריך:_____

### מצבו ההתפתחותי של המטופל/ת מבחינת מנטלית ורגשית

- ☐ פיגור: לא/ כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (נא להקיף המתאים)
- ☐ בעיית קשב וריכוז: לא / כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (נא להקיף המתאים)
- ☐ אוטיזם : לא/ כן (להקיף המתאים)

☐ בעיות התנהגותיות: לא/ כן -במידה וכן, נא

פרט:_____

☐ בעיות רגשיות: לא/ כן -במידה וכן, נא

פרט:_____

☐ בעיות אחרות: לא/ כן -במידה וכן, נא פרט:

_____

**ניתוחים / אשפוזים:**

| תאריך | סוג הניתוח/ אשפוז (באנגלית בלבד) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

שם הרופא:_____ חתימת הרופא:_____ חותמת הרופא:_____

תאריך:_____