

חלק ב' (להעלות לאתר מתגייסים לאחר מילוי וחתימת רופא משפחה)

פרטי המועמד/ת:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
----------	----------	---------	------------

! רופא יקר, לתשומת לבך! סמלית מידע רפואי ושלם ומדויק צביל לשיכון תואם בהנחיל לשמירה על בריאותם של הסמלית. **א** לענות על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לך.

התופעה	האם הנך סובל/ת מהתופעה?		האם אושפז/ת בין תופעה זו?		פירוט (נא לצרף סיכום מפורט)
	כן	לא	כן	לא	
40. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בליזר					
41. מחלות אף, אוזן, גרון					
42. מחלות ריאה (כולל אסטמה) אגא צין מתי היה התקף האחרון, מתי פוסיעים התקפים, אופן הטיפול והשליטה במחלה והאם היו אשפוסים בעבר?					
43. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם					
44. מחלות סרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)					
45. מחלות כלה ודרכי השתן					
46. מחלות אנדוקריניות כולל השמנת יתר (ראה הערה ב')					
47. מחלות הסטולוגיות (כולל אנמיה)					
48. מחלות עור					
49. מחלות דרכי העיכול והכבד					
50. מחלות נירולוגיות (כולל אפילסיה)					
51. האם בטיפול תרופתי קבוע?					
52. האם במצבת/ת במעקב מרפאת קבוע/ת ש לפרט במידה וכן					
53. מחלות תורשתיות					
54. הפרעות קשב וריכוז טיפול תרופתי					
55. האם קיימת הפרעה בדבור כגון נמטוס/דבור מהר/צרות/היפו וכו'					
56. הפרעות נפשיות והא טיפול פסיכולוגי או אשפוס פסיכיאטריים בעבר					

התופעה	לא	כן	אם כן, פרט
57. האם ידוע על HIV, שחפת, צרבת נגיפת (נשאות/מחלה)?			
58. מחלות מסאיות			
59. האם עברה/ת ניתוחים/מסידה וכן יש לציין את סוג ומועד הניתוח			
60. האם קיימת רגישות לתרופות? במידה וכן מה התגובה?			
61. האם קיימת רגישות ללקיחת דבורים/בעלי חיים אחרים, אם כן מה דרגת התקף והאם היו אשפוסים בעבר?			
62. סוסים אלטרול או התמכרות			
63. האם ידוע על מניעה בעמית או ניסוח אובדני בעבר?			
64. האם ידוע לך על הפרעות אכילה? במידה וכן, האם קיבלת טיפול לך?			
65. האם ישנן בעיות רפואיות נוספות שברצונך לציין?			
66. האם ידוע לך על אלרגיה למזון, אם כן לאיזה מזון הייתה התגובה, דרגת התקף והאם היו אשפוסים בעבר?			
67. משקל (ק"ג) _____ 68. גובה (ס"מ) _____ 69. דופק _____			
71. בדיקת שתן כלילית - סקין / לא תקין (נא לרצף את תוצאות הבדיקה)			

70. לחץ דם

המידע מתבסס על מדידת לחץ הדם במרפאת הרפואה או במרפאת הבריאות. לחץ הדם נמדד במצב של שקט. לחץ הדם נמדד במצב של שקט. לחץ הדם נמדד במצב של שקט. לחץ הדם נמדד במצב של שקט.

הערות:

- א. במידה וסימנת כן באחת השאלות יש לרצף מספר רפואי מפורט התומך באבחנה או סיכום מחלה ו/או סיכומי אישום רלוונטיים.
- ב. באם המועמד/ת סובל/ת מעודף משקל עם BMI מעל 40 יש לרצף תוצאות בדיקות דם מחצית שנה אחרונה כולל סוכר בצום ו HB A1C, חמופילי שומנים, תפקודי כליטת התרים ושולש מדידות של לחץ דם.
- ג. באים עברה/ת המועמדת/ת בינספת ו/או תוצאת שומות. נא לרצף תוצאות תשובות הסטולוגיות.
- ד. באים יש רגישות למזון - אגא צרפת תישור הארחת וחיות דעת ממוחה אלרגיה.
- ה. האם ידוע למעמד על הגבלה בתפקוד? במידה וכן- באיזו דרגה?

הצהרת הרופא:

הנני מצהיר/ת כי הפרטים שמסרת/ת נכונים לפי מיטב ידיעת/ת, וכי לא העלמתי מידע רפואי.

תאריך	קופ"ח - סכף	קופ"ח - סלפון	שם הרופא	מס' רישיון	חותמת וחתימה
-------	-------------	---------------	----------	------------	--------------

חלק ב'

! לתשומת לבך! על חלק זה להיתחם ע"י רופא העיניים או האופטומטריסט הבודק

עליך למלא את החלק הגילי בבדיקת אופטומטריסט או רופא עיניים טרם ההתייצבות לצו הראשון על מנת לחסוך לך זמן ביום הצו או למנוע צורך בהתייצבות נוספת. אם קיים קוצר ראייה (4- ומעלה) ו/או יש לך צילינדר מעל 2, יש לרצף בדיקת רופא עיניים ובדיקת קרקעית העין (פונדוס), במידה והינך מרכיב עדשות מגע. עליך להתייצב לצו עם משקפי ראייה.

אחרי תיקון	AX	CYL	SPH	לפני תיקון

חתימה וחותמת של רופא עיניים או אופטומטריסט

תאריך

תוצאות בדיקת פונדוס עין ימין: עין שמאל:

חתימה וחותמת של רופא עיניים בלבד

תאריך

יש למלא את השאלון באתר מתגייסים

סודי רפואי (לאחר המילוי)

חלק א' (ימלא ע"י המועמד/ת)

נא מלא את הפרטים הבאים:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	שם הורה	מין	תאריך התייצבות מתוכנן
----------	----------	---------	------------	---------	-----	-----------------------

טלפון בית	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (Email)	הגיו תלמיד כיתה י' / י"א / י"ב (מספר המבחן הייחודי)	קופת חולים (שם + כתובת)
-----------	------------	-----------------------	---	-------------------------

המספר כיתה י' ימלא חלק ד' בלבד.

נא לענות על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לכך.

נא לפרט אם אפשרות /או עברת ניתוח אם כן, יש לצרף סיכום בתאום	האם אושפד/ת בבין תופעה זו		האם הנך סובל/ת מהתופעה		התופעה (יש לצרף לכל מספר שכולל מידע רפואי רלוונטי)
	ק	לא	כן	לא	
					1. הכלה בראש, ועוזו מוח או כאבי ראש חוזרים
					2. התעלפויות, סחרחורת, התמונכות
					3. הפרעת שמיעה, דלקת אוזניים חוזרת
					4. הלית אלרגית, סניטיסיס קושי בנישמה דרך האף
					5. הפרעת ארית, צורך במשקפים, עיוורת לילה
					6. דלקות עיניים חוזרות, מחלת ראייה
					7. טיפול בלידור לתיקון קוצר הראייה
					8. הפרעה בלחץ דם, כאבים בחזה, אובדן הברה, קוצר נשימה במאמץ
					9. מחלת לב, דקירת בחזה, שינויים בחופק במטווח/מאמץ
					10. אסטמה, ציספיטיס, קוצר נשימה, מחלת ריאה אחרת
					11. מחלת אדוקרנית (בעיות הרומולנית בגוף בלחטת התיים, סלסטוריל)
					12. כבד, צרבת, כאבי בטן חוזרים, צהבת, מחלת כבד
					13. דלקת מע, דימוסים במסרכת העיכול, סחורים
					14. מחלת דם (כגון אנמיה, נורמובוציטופניה)
					15. כאבי גב חוזרים, חבלה בגב
					16. כאבי ברגליים, הפרעה בהליכה, אירועים מתעדים ע"י רופא של נקעים חוזרים
					17. שברים בעצמות, פריקת כתף
					18. מחלות מפרקים
					19. מחלת עור, הסרת שומות, טיפול לפצעי ברגות
					20. השה כבדות הריים, הורגליים הספירעה בתפקוד
					21. מחלת כליה, הפרעה במתן שתן, הרטבת לילה
					22. לבנים - בעיות באשכים, בקע מפשעתי, כאבים במפשעה
					23. לבנות - הפרעות במחזור החודשי, מחלה גיקולנית
					24. מחלה מספרית בגבר/בהרה
					25. האם עברת ניתוחים/אשפוזים בעבר (שלא מפורט בסעיפים הקודמים)
					26. האם הנך נשאת/ה במחלת זיהומית כרונית (HIV, צהבת נגיפת, מחלת אחרות)

אם כן, פרט	כן	לא	התופעה
			27. האם הנך סובלת/ת תרופות באופן קבוע?
			28. האם ידוע לך לרגליה לזמן? אם כן, יש לפרט לידה מוזן, מה התגובה והאם אושפוזת בעבר?
			29. האם הנך רגישה/ת לתרופות? האם הנך רגישה/ת לעקצות בעלי חיים (דבורים, אחר), אם כן, מה התגובה והאם אושפוזת בעבר?
			30. האם הנך סובל/ת או מקבל/ת עיץ פסיכואלי?
			31. האם את/ת מאוכזרת/ת עם הפרעת קשב וריכוז? נוסף תרופתי לכך?
			32. האם אושפוזת אשפוז פסיכיאטרי?
			33. האם אי פעם נעצת או ספגת את עצמך באופן מכונן או נעשית להתאבד?
			34. האם אובחנת עם קושי התפתחותי?
			35. האם אובחנת בהפרעת אכילה?

מחלות משפחתיות: האם משהו במשפחתך הקרובה (הורים, אחים) סובל מאחת המחלות הבאות? (אם כן ציין קרבה)

פירוט	קרבה	האם קיימת		התופעה
		כן	לא	
				36. האם יש במשפחה (דרגה ראשונה) מלומחה?
				37. האם יש במשפחה (דרגה ראשונה) עורך שומנים בדם/היפרכולסטרולמיה משפחתית?
				38. האם יש במשפחה מות פתאומי מתחת לגיל 45 מסביב שאינה ידועה או מסיבה ללבית?
				39. האם יש במשפחה מחלת אחרות ו/או מחלות פסיכיאטריות?

שים לב: עלך לבצע בדיקת שתן טרם ההתייצבות ולהביא את תוצאות הבדיקה עימך ליום הצו.

במידה וענית כן על אחת מהשאלות אנו צורך ממסך רפואי חומר

(כגון: בדיקת שמיעה, אוקו לב, הולטר, תוצאות בירור הדמית, חוות דעת רפוא מומחה, טסטס לאלרגיה וכו')

הצהרת המועמד/ת:

הגיו מצהיר/ת כי הפרטים שספרתי/תי נכונים ומלאים וכי לא העלמתי כל מידע רפואי, ידוע לי כי הצהרה לא נכונה עלולה לנרדם סך רפואי, עלולה לנרדם לשיבוץ שנוי או פגיעה בהמשך השירות הצבאי, ידוע לי כי הצהרה לא נכונה מהווה עבירה ותגרוך העמדתי לנין.

תאריך	מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	חתימה
-------	----------	----------	---------	-------