

נספח א' – שאלון רפואי לרופא – לambilio לפני המינוי

לתשומת ליבך, שאלון מלא
וחתום על ידי רופא הינו
תנאי להשתתפות במילון

סודי רפואי

לאחר המילוי

מועדת יקרה

היד מועמד להשתתף במיון מדריכות אגד 14

השאלון הרפואי מאפשר העברת המידע הרפואי לרופאי לרופא הממיין. עילך להציג השאלון, החתום על ידי רופא. לתשומת לבך – לא שאלון רפואי מלא וחתום ע"י רופא לא תוכל להשתתף ב민ון. על הרופא למלא את השאלון בתוך חדש מתאריך הממיון – שאלותים ישנים יותר לא יתקבלו.

שאלונו רפואו למילוי ע"י רופא המשפחה / רופא היחידה

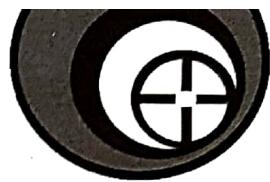
מספר זהות / מספר אישי	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה
-----------------------	-----------	---------	------------

הערות לרופא:

- I. אם פנתה אליך המועמדת ב- 3 השבועות האחרונים, אנא ציין את הסיבה והטיפול בעיתה.
II. במידת האפשר, נא לctrף מכתב רפואי ממופרטי יותר או העתקי סיכומי מחלה מסוימת קבוע בעייתי.

מתוך היכרותינו עם המועמד (מהרישומים בטיקורה הרפואית), המועמד/ת סובלת או סבל/ה מהממצאים הרפואיים הבאים (יש לסמן ב-X במקומות המתוארים להלן):

מקום האשפוז והמועד	האם אושפזה בגין מצב?	האם סובלת מהמחלה?	מצב רפואי		
	סמן ב-X במשבצת המתאימה	סמן ב-X במשבצת המתאימה			
	לא	כן	לא	כן	לא
			1. מחלות נירולוגיות (כולל אפילפסיה)		
			2. מחלות אנדוקריניות		
			3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)		
			4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בליזר		
			5. מחלות אף, אוזן, גרון		
			6. בעיות נשימה (כולל אסתטמה)		
			7. מחלות לב, מסתמי לב		
			8. יתר לחץ דם		



			9. מחלות דרכי עיכול והכבד
			10. מחלות פרקים
			11. הפרעות בשלד (כולל שברים עצומות)
			12. ממירות
			13. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי
			14. סמים ואלכוהול
			15. מחלות תורשתיות
			16. מחלות שרירים/רבdomיליזיס
			17. פגיעות חום ממאמץ/מכת חום?
			18. האם בטיפול רפואי קבוע?
			19. האם קיימת רגשות לתרופות?
			20. האם קיימות רגשות למזון/עקבות?
			21. האם נמצא/ת במעקב רפואי קבוע?
			22. האם עבר ניתוחים? אם כן متى?
			23. האם היו במשפחה מקרים של מחלת לב או מוות פתאומי אחר לפני גיל 40?
			24. האם נמצא במהלך מעקב או בירור בעיה רפואית כלשהי שטרם הסתייש?
			25. האם סבל מהתעלפויות חזרות, כאבים בנית החזה, הפרעות בקצב הלב במנוחה או במאמץ?
			26. האם הומלץ על טיפול רפואי קבוע מכל סוג שהוא?
			27. האם לדעתך סובל מבעיה רפואית המונעת ממנו לעסוק בפעילויות גופניות מכל סיבה?
			28. האם סובל מבעיה רפואית אחרת שאינה מפורטת כאן?

הערות הרופא (במידה שבוצע בירור קרדיוולגי, יש לצרף את תוצאותיו):

חתימה וחותמת

פרטי הרופא: שם (פרטי + משפחה)

תאריך