

”מרפאה ע”ש נעמי ושמעון דיטקובסקי”

מרפאת שיניים לילדים ובוגרים עם נכויות התפתחותיות

תאריך _____

לכבוד
הרופא המטפל

דוקטור נכבד,

המטופל/ת _____ ת.ז. _____

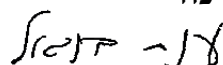
זקוק/ה לטיפול שיניים בהרדמה כללית.

נבקש לבדוק בדיקה פיסית ולקחת אנמנזה רפואית עדכנית.

כמו כן, נא לערוך בדיקות מעבדה כמפורט להלן ולהמציא לנו התוצאות ואישורך לכשירותו של המטופל לעמוד בטיפול בהרדמה כללית.

1. ספירת דם כללית- בדיקת המוגלבין, המטוקריט, ספירת דם לבנה, ספירה מבדלת
2. זמן דמם וזמן קרישה (P.T, P.T.T).
3. נא לעזור למשפחה למלא את טופס הבריאות המצורף
4. E.C.G (מעל גיל 40)
5. צילום חזה (מעל גיל 50 או למעשנים מעל חפיסה ביום)
6. בדיקת HIV

בברכה



ד”ר ענת בניאל
מנהלת מרפאת שיניים
בית איזי שפירא