

## ”מרפאה ע”ש נעמי ושמעון דיטקובסקי”

### מרפאת שיניים לילדים ובוגרים עם נכויות התפתחותיות

**טופס בריאות** תאריך \_\_\_\_\_

**ימולא ע”י המשפחה או המוסד**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

מ”ז \_\_\_\_\_ ת. לידה \_\_\_\_\_ מין: זכר / נקבה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

שמות ההורים \_\_\_\_\_ טל בבית: \_\_\_\_\_

סולרי אבא \_\_\_\_\_ סולרי אבא \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

אי-מייל \_\_\_\_\_

שם העובדת הסוציאלית \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

קופ”ח \_\_\_\_\_ משקל \_\_\_\_\_

שם ההורה/מנהל הוסטל \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### ימולא ע”י הרופא המטפל בלבד אבחנות רפואיות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

מחלות לב / אי ספיקת לב \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

אם כן פרט: \_\_\_\_\_

יתר לחץ דם \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

אסטמה / COPD \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

עישון (כמות) \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

אפילפסיה \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? \_\_\_\_\_

מחלות המטולוגיות \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

הפרעות בקרישת דם \_\_\_\_\_ כן / לא \_\_\_\_\_

מחלות כבד / צהבת \_\_\_\_\_ כן / לא

מחלות כליות / דרכי שתן \_\_\_\_\_ כן / לא

סוכרת \_\_\_\_\_ כן / לא

מחלות אנדוקריניות (בלוטת התריס) \_\_\_\_\_ כן / לא

מחלות שרירים / ניוון שרירים \_\_\_\_\_ כן / לא

דלקת פרקים \_\_\_\_\_ כן / לא

מחלות כרוניות נוספות, **אם כן פרט**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם המטופל מקבל תרופות באופן שוטף? \_\_\_\_\_ כן / לא

**אם כן, פרט** את שם התרופות ומינון \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אלרגיות / רגישות לתרופות, **פרט**: \_\_\_\_\_ כן / לא

\_\_\_\_\_

האם המטופל היה מאושפז בעבר בבית חולים \_\_\_\_\_ כן / לא

**אם כן, פרט** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם המטופל עבר הרדמה כללית בעבר? \_\_\_\_\_ כן / לא

האם התגלו בעיות בהרדמה, **אם כן פרט**? \_\_\_\_\_ כן / לא

האם מישהו מבני המשפחה סבל מבעיות בזמן הרדמה כללית? \_\_\_\_\_ כן / לא

**אם כן, פרט** \_\_\_\_\_

האם המטופל סובל מבעיות נפשיות, **אם כן פרט**? \_\_\_\_\_ כן / לא

האם המטופל ביקר בעבר אצל רופא שיניים \_\_\_\_\_ כן / לא

מתי היה הביקור האחרון \_\_\_\_\_ כיצד טופל? \_\_\_\_\_

מה רמת ההבנה והתגובה לפנייה מילולית? \_\_\_\_\_

מה רמת שיתוף הפעולה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **תאריך** \_\_\_\_\_ **חתימה וחותמת הרופא** \_\_\_\_\_