

טופס איסוף מידע לייעוץ רוקח קליני

לאחר מילוי הטופס יש להחזירו לכתובת המייל RVMedical@clalit.org.il

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת"ז: _____ מין: ז / נ

גיל: _____ גובה: _____ משקל: _____ מוצא: _____

קופת חולים: _____ כתובת מגורים: _____ טלפון בבית: _____

טלפון נייד: _____ פקס: _____ כתובת E-mail: _____

שם רופא משפחה: _____ טלפון: _____ פקס: _____

אם מי את/ה מתגורר/ת? _____ מצב נישואין: נשוי / רווק / גרוש / פרוד / אלמן

מקצוע נוכחי: _____ האם עובד/ת כרגע? _____

האם את/ה מסוגל לדאוג לעצמך? _____ (אם לא מדוע? _____ מי דואג לך? _____)

האם סובל/ת מבעיות בליעה? כן / לא (פרט: _____) האם סובל/ת מבעיות שמיעה / ראייה? כן / לא (פרט: _____)

האם התאשפזת בשנה האחרונה? כן / לא (אם כן, פרטי מדוע: _____)

מדוע פנית לייעוץ תרופתי? איזה מידע את/ה מצפה לקבל מהייעוץ?

הרגלים

האם את/ה מעשן? כן / לא (אם כן, כמה סיגריות ביום? _____ כמה שנים את/ה מעשן? _____)

עישנת בעבר? כן / לא (אם כן, כמה סיגריות ביום? _____ למשך כמה שנים? _____ מתי הפסקת לעשן? _____)

האם את/ה צורך אלכוהול? כן / לא (אם כן, כמה צורכת/ת באיזו תדירות? _____)

האם צרכת בעבר אלכוהול? כן / לא (אם כן, כמה צרכת? באיזו תדירות? מתי הפסקת? _____)

האם את/ה צורך קפאין? כן / לא (אם כן, כמה צורכת/ת? כיצד (שתייה/תרופות)? באיזו תדירות? _____)

האם את/ה עושה פעילות גופנית? כן / לא (אם כן, איזו פעילות? כמה פעמים בשבוע? כמה דקות? _____)

האם ירדת / עלית במשקל לאחרונה? כן / לא (אם כן, בכמה ק"ג? האם השינוי במשקל מתוכנן? _____)

האם את/ה במעקב דיאטנית? כן / לא (אם מקפיד/ה על דיאטה מיוחדת? כן / לא (אם כן, פרט: _____)

נא סמני/ X ליד כל מצב מחלה עליו את/ה מודע/ת, במידה ולא מפורט מומלץ לרשום בטקסט חופשי.

בעיות לב	בעיות שתן/מע' הרבייה
כאב בחזה (אנגינה)	זיהום בדרכי השתן
התקף לב קודם	בעיות בפרוסטטה
אי ספיקת לב	בריחת שתן
קצב לב לא סדיר	כריתת רחם
ניתוח מעקפים	פטרייה ואגינלית
Rheumatic fever	מחלת כליה
צנטור עם סנט	דיאליזה
אחר:	אחר:
עיניים, אוזניים, אף וגרון	שרירים ועצמות
ראיה לקויה	כאבי פרקים (ארטריטיס)
שמיעה לקויה	שיגדון (gout)
גלאוקומה	כאבי גב
בעיות בסינוסים	קטיעת איבר
בעיות שיווי משקל	החלפת מפרק
אחר:	אחר:
גסטרואינטסטנאלי	נוירולוגי
צרבת	כאבי ראש
אולקוס	התכווצויות או אפילפסיה
עצירות	מחלת פרקינסון
Diverticulitis	סחרחורות
מחלת כבד	שבץ מוחי בעבר
בעיות בכיס מרה	התעלפויות
דלקת בלבלב (pancreatitis)	דיכאון
אחר:	חרדה
	אחר:
האם את/ה סובל מ:	בעיות במערכת הנשימה
לחץ דם גבוה	אסטמה
לחץ דם נמוך	אמפיומה
כולסטרול גבוה	ברונכיטיס
סוכרת	אחר:
מחלת סרטן	היסטוריה משפחתית (מחלות שיש במשפחתך – הורים, סבים, אחים)
אנמיה	יתר לחץ דם
מחלות דימום	התקף לב
הפרעות בבלוטת התריס	כולסטרול גבוה
קדחת השחת	סוכרת
בעיות שינה	זכאון
אחר:	אירוע מוחי
	סרטן
ניתוחים בעברך	מחלת כליות / כבד
	אחר:
מצבי מחלה אחרים (אנא פרטי בטקסט חופשי)	

טיפול תרופתי נוכחי

נא ציין את כלל התרופות שאת/ה נוטל/ת (תרופות מרשם, תרופות ללא מרשם, תוספי תזונה, צמחי מרפא וויטמינים)

שם התרופה	מינון	איך ומתי נלקחת?	מטרת הטיפול בתרופה?	תחילת טיפול	הרופא שרשם
לדוגמה – אספירין	100 מ"ג, פעם ביום	בבוקר אחרי האוכל	דילול דם	5 שנים	ד"ר ישראל, רופא משפחה

עלות התרופות החודשית שלך היא: _____

רגישות לתרופות ואלרגיות

שם התרופה	כיצד התבטאה האלרגיה?	ממתי ידועה האלרגיה?

תרופות מרשם בעבר (אנא צייני/ תרופות מרשם שקיבלת בעבר והופסקו)

שם התרופה	מינון	מתי נלקחה?	מטרת הטיפול בתרופה?	מדוע התרופה הופסקה?

תסמינים, תלונות ותופעות לוואי

אנא פרטי/י בטקסט חופשי כל תלונה, בעייה או מצב רפואי אחר שאת/ה חושש שעשוי להיות תופעת לוואי של הטיפול התרופתי אותו את/ה נוטל/ת או בעייה שמפריעה לך בחיי היום יום שהרופא המטפל לא בהכרח מודע אליה (לדוגמה – עצירות, בחילות, סחרחורות, ראייה כפולה, ישנוניות, חרדה, קושי במתן שתן, כאבי שרירים, דימומים, פריחות, רגליים נפוחות, קושי להרדם ועוד).
