

תאריך: \_\_\_\_\_

## טופס הזמנה למבחן מאמץ משולב

שם: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת"ז: \_\_\_\_\_

נבדקת/ יקר/ה,

הינך מוזמן/ת לבדיקת מאמץ לב ריאה שתתקיים בתאריך \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_.  
הבדיקה תתבצע במכון הריאות בנין מרפאות חוץ, קומה 4, חדר 410, מרכז רפואי קפלן.

### להלן הוראות למבחן המאמץ המשולב

מבחן המאמץ המשולב מיועד לבדיקת כושר התפקוד של המערכות השונות הלוקחות חלק במאמץ ובעיקר הלב והריאות. במסגרת הבדיקה מבצעים בדיקות תפקודי נשימה ובדיקות א.ק.ג.. בדיקת המאמץ כוללת נשימת "אוויר חדר" דרך פיה במנוחה ובמאמץ. הבדיקה נעשית על אופניים או על הליכון. הסברים נוספים יינתנו לך ע"י הרופא או האחות. הנחיות לקראת הבדיקה:

- יש ללבוש בגדי ספורט כגון מכנסי טרנינג ונעלי התעמלות. רצוי להביא מגבת
- בבוקר הבדיקה יש להסתפק בארוחת בוקר קלה בלבד
- במקרה שאת/ה נוטל/ת תרופות יש לקחתן כרגיל, אלה אם כן נתנה לך הוראה אחרת
- אם אינך חש בטוב (חום, חולשה, וכדומה) בבוקר הבדיקה, את/ה מתבקש/ת להתקשר אל האחות לפני הגעתך
- לידיעתך, זכותך להביא עמך מלווה שיהיה נוכח בעת הבדיקה
- יש לפנות עם טופס ההפניה לבדיקת המאמץ למרפאתך, לשם קבלת טופס התחייבות (טופס 17)
- קוד הבדיקה למבוטחי שרותי בריאות כללית: 76054, קוד הבדיקה למבוטחי קופות אחרות: 94621
- אם אינך יכול/ה להגיע, יש להודיע בהקדם/ בשעות הבוקר לאחות אל למזכירה בטלפון: 08-9441778 (שירי)

### תקוותינו שהבדיקה תועיל ותקדם את מצב בריאותך.

בברכה

צוות היחידה לרפואת ספורט ומאמץ  
המכון למחלות ריאה  
מרכז רפואי קפלן



מצוינות רפואית קרובה לבית

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפלן ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100  
טלפון 08-9441437 פקס 08-9441063 [www.KMC.org.il](http://www.KMC.org.il)

שם הטופס: LUN-StressTest-0006-23072014.docx