

עם הגעתך ליחידה אנו מברכים אותך בברכת בריאות שלמה. על מנת שנוכל לשרתך כראוי נבקשך למלא את 2 עמודי השאלון שלהלן כמיטב יכולתך. בברכה, צוות היחידה.

שם: _____ מס' ת"ז _____ התאריך היום: _____
כתובת: _____ דוא"ל: _____
טלפון: בית _____ נייד _____ פקס: _____
קופ"ח: _____ ביטוח משלים: כן / לא, ביטוח פרטי: _____
אנא סמן/י מי הפנה אותך אל היחידה: עצמי/ מטפל מהיח" / רופא / אחות/ עו"ס/ אחר.

גיל: _____ מצב משפחתי: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____
מצב תעסוקתי: כעת _____ בעבר _____
רקע חברתי/כלכלי/תרבותי/דתי/אחר שחשוב שנדע לגביך: _____

סוג מחלת הסרטן:

_____ השנה בה התגלתה המחלה: _____ שם הרופא המטפל: _____
טיפול נוכחי במחלה: _____
מועד הטיפול האחרון: _____ מועד הטיפול הבא: _____ יום טיפול בד"כ: _____
טיפול קודם במחלה: _____

מחלות אחרות כעת: _____

מחלות אחרות בעבר/ _____
ניתוחים/ אשפוזים/ _____
בדיקות מיוחדות: _____

מחלות במשפחה: _____

תרופות קבועות: _____

ויטמינים/ תוספים/ _____
צמחי מרפא: _____

רגישות/ אלרגיה: _____

הסיבות העיקריות בגללן פנית ליחידה – מה תרצה/י שנעשה למענך: _____

האם התנסית ברפואה משלימה? אם כן, באיזה שיטות, לאיזו מטרה, מתי ואצל מי: _____

מס' טל: 03-9377995 מס' פקס: 03-9377974 אתר היחידה: <http://www.clalit.org.il/rabin/>

Committed to Excellence!

אנו יביאם לאיכות!

הקף/י בעיגול את הסימפטום וסמן/י X אם בתקופה האחרונה או בעבר:

בעבר	בתקופה האחרונה	סימפטומים
		חולשה, עייפות, תשישות
		שינויים במצב הרוח (דיכאון, עצב, חרדה, כעס, עצבנות)
		בעיות שינה (הרדמות, יקיצות מרובות, ביעותים)
		כאבים - אם כן, היכן?
		בעיות ראייה (יובש, דמעת, טשטוש, קטרקט, רשתית)
		בעיות אף-אוזן-גרון (נזלת, סינוסיטיס, פגיעה בשמיעה)
		בעיות בפה (פצעים, שיניים, חניכיים)
		שינויים בתיאבון, בטעם, בריח
		שינויים במשקל: המשקל כעת _____ לפני חודש _____
		קוצר נשימה, שיעול, גניחת דם
		כאבים בחזה, דפיקות לב, יתר לחץ-דם, אי ספיקת לב
		עצירות, שלשול, גזים, כאבי בטן, טחורים
		צרבת, בחילות, הקאות, בעיות בליעה
		בעיות בכבד, צהבת, בעיות במרה
		הפרעות במתן שתן, בעיה בכליות, השתנה לילית
		מחזור חודשי: מועד אחרון _____ אמצעי מניעה _____
		הפרעות בפעילות המינית (ירידה בחשק, פגיעה ביכולת)
		בעיות הורמונליות (סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם)
		כאבי מפרקים, כאבי גב, בצקת בגפיים, התכווצויות שרירים
		הפרעות בתחושה, בתנועה או ביציבה, בריכוז או בזיכרון
		בעיות בעור (פריחה, גרד, יובש, שיער, ציפורניים, אחר)
		נטיה לדמם, אנמיה, צורך במנות דם
		זיהומים חוזרים, נויטרופניה ("ירידה בספירות")
		חוסר סבילות לקור או לחום, גלי חום, הזעה מרובה
		אחר:

בעבר	בתקופה האחרונה	הרגלי חיים
		עישון אקטיבי/ פאסיבי (סיגריות, סיגרים, נרגילה, אחר)
		אלכוהול: סוג _____ תדירות שבועית _____
		סמים: סוג _____ תדירות שבועית _____
		פעילות גופנית: סוג _____ תדירות שבועית _____
		פעילות רוחנית: סוג _____ תדירות שבועית _____
		תחביבים: סוג _____ תדירות שבועית _____

פירוט	תזונה
	דיאטה מיוחדת/ העשרה
	א' בוקר טיפוסית
	א' צהריים טיפוסית
	א' ערב טיפוסית
	ייעוץ תזונאי/ נטורופטי
	אצל מי? _____ מתי לאחרונה? _____

האם את/ה חווה כעת מתח או לחץ נפשי? אם כן, בהקשר למה ואיך את/ה מתמודד עימו?

מה עוד רצית שנדע עליך? _____

תודה! _____

מס' טל: 03-9377995 מס' פקס: 03-9377974 אתר היחידה: <http://www.clalit.org.il/rabin/>

Committed to Excellence!

אנאויכים לאיכות!

פתח תקווה, 49100 טל: 972-3-9377377 Petah Tikva, 49100 Israel Tel: www.rmc.org.il