

מרכז רפואי רבין – בית חולים בילינסון
המכון לגסטרואנטרולוגיה

טופס בקשה לבדיקת וידאו קפסולה

שם החולה: _____ ז נ הרופא המפנה: _____
 תעודת זהות: _____ מחלקה/מכון: _____
 תאריך לידה: _____ טלפון: _____ נייד: _____
 כתובת: _____ הכנה: _____
 טלפון: _____ נייד: _____ משקל: _____ גובה _____
 היקף מותניים: _____

סימפטומים*

כאבי בטן שלשול ירידה במשקל (בשנה האחרונה) כמה ק"ג _____ אחר _____
 אנמיה רמת המוגלובין אחרונה _____ רמת המוגלובין מינימאלית _____ פריטין _____
 נזקק/ה למנות דם מספר מנות בחודש _____ זמן מדימום אחרון _____ יום/חודש _____
 נזקק לטיפול בברזל לא כן דרך מתן PO IV
 הקאה דמית מלנה דמם רקטלי דם סמוי בצואה מספר בדיקות חיוביות _____
 מספר אשפוזים עקב דימום בשנה האחרונה _____ זונדה צלולה שרידי דם בזונדה דם טרי

בדיקות קודמות*

גסטרוסקופיה מספר פעמים _____ תוצאה _____
 קולונוסקופיה מספר פעמים _____ תוצאה _____
 אנטרוסקופיה מספר פעמים _____ תוצאה _____
 CT אנטרוגרפיה תוצאה _____
 צילום מעי דק: לא נעשה תקין חשד לקרוהן אחר _____
 מיפוי כדוריות מסומנות תוצאה _____
 אנגיוגרפיה תוצאה _____
 וידאו קפסולה תוצאה _____
 * סמן x בתיבה במידה והתיאור נכון מחק בקו אם לא בוצע/לא רלבנטי

מחלות רקע

מחלת קרוהן קוליטיס כיבית צליאק HHT (OWR) FAP GERD

כיב פפטי מיקום _____ H. Pylori חיובי שלילי לא נבדק אחר _____

תרופות

אספירין NSAID COXIBS קומדין פלביקס

קונטראינדיקציות מוחלטות (במידה והתשובה חיובית אין לבצע הבדיקה)

האם יש חשד להיצרויות קשות, חסימות, פיסטולות במעי או מחלת קרוהן קשה? כן לא

האם קיימות בעיות בבליעה? כן לא

האם קיימות בעיות בתנועתיות המעי או pseudo obstruction כן לא

קונטראינדיקציות יחסיות (במידה והתשובה חיובית ביצוע הבדיקה בהתאם לשיקול הרופא)

האם קיים קוצב לב, דפיברילטור מושל או התקנים אלקטרומכניים אחרים כן לא

האם הנבדקת בהריון? כן לא

האם הנבדק/ת בטיפול ממושך בסטרואידים או NSAID? כן לא

האם ידוע על סעיפים מרובים במערכת העיכול? כן לא

האם ידוע על Zenker's diverticulum? כן לא

האם החולה עבר/ה ניתוח בטני או אגני קודם? כן לא פרט: _____

האם ידוע על גסטרופרזיס? כן לא

האם הנבדק מתחת לגיל 10 כן לא

חתימה וחותמת _____

תאריך _____