



טפסים רפואיים לשנים 2023-2024

"עמותת שלמים"

רופא נכבד, העדר התייחסותך לאחד מהסעיפים תמנע מאיתנו לשתפו בפעילויות העמותה.

פרטי קופת חולים המבטחת ורופא המטפל:

שם המטופל/ת: _____ שם משפחה: _____ מספר ת"ז: _____

קופת חולים: _____ סניף: _____

אבחנות רפואיות:

חובה לרשום את כל האבחנות והבעיות של המטופל/ת באופן מפורט ובאנגלית בלבד!!

טיפולים הנחוצים במהלך פעילות מחוץ לבית:

מצבו ההתפתחותי של המטופל/ת מבחינת מנטלית ורגשית

• פיגור: קל / בינוני / עמוק / לא מאובחן

• בעיות התנהגותיות/רגשיות/אחרות (נא פרט): _____

רגישויות של המטופל/ת:

רגיש לתרופות: כן / לא, אם כן פרט: _____

רגיש למזון מסוים: כן / לא, אם כן אנא פרט: _____

הערות: _____

תרופות (חובה לציין את כל התרופות שהמטופל/ת לוקח/ת במהלך כל היום
 כולל טיפול ב־RETALIN) ולפרט באופן מלא על מועדף אופן והערות חשובות

שם התרופה (באנגלית בלבד)	מינון	מועד הנטילה	אופן הנטילה	הערות והוראת מיוחדות

הערות נוספות: _____

אפילפסיה

האם מאובחן באפילפסיה: כן/ לא
 אם כן, פרט סוג הפרכוס: _____
 תדירות הפרכוס: פעם ביום / פעם בשבוע / פעם בחודש / לעיתים רחוקות
 טיפול במקרה של פרכוס: _____

○ מתי לאחרונה חוסן/ה בחיסון נגד טטנוס - תאריך: _____

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____

תאריך מילוי הטופס: _____ / _____ / _____