

סודי רפואי לאחר המילוי

נספח 8 – שאלון רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה / רופא היחידה - למועמד למיון

מועמדת/ יקר/ה, הנך מועמדת/ להשתתף במיון גופני. לקראת המיון עליך לגשת לרופא המשפחה/רופא היחידה ולמלא את השאלון הרפואי המצורף. שאלון זה מאפשר העברת מידע רפואי לרופא היחידה הממיינת. עליך להביאו עמך ביום המיון. חתום על ידי רופא.

**לתשומת לבך – שאלון רפואי מלא וחתום ע"י רופא הוא תנאי להשתתפות במיון!!!**

על הרופא למלא את השאלון 90 יום טרם תאריך המיון – שאלונים ישנים יותר לא יתקבלו.

מספר זהות / מספר אישי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
-----------------------	----------	---------	------------

1) אם פנה/פנתה אליך המועמדת/ת ב- 3 השבועות האחרונים, אנה ציין את הסיבה והטיפול בבעייתו/ה.

2) במידת האפשר, נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.

מתוך היכרותי עם המועמד מהרישומים בתיקו/ה הרפואי, המועמדת/ת סובלת/ת או סבלה/ה מהמצבים הרפואיים הבאים (יש לסמן ב-X במקום המתאים לכך):

**יש לסמן X בכל משבצת**

סמן ב-X במשבצת המתאימה	מצב רפואי		מס'
	כן	לא	
		האם בטיפול או מעקב מרפאתי או בבירור רפואי שטרם הסתיים או שהומלץ על טיפול רפואי קבוע (כולל תרופות מכל סוג)?	1
		האם טופלה/ ברטינואידיים (כדוגמת רואקוטון) בחצי השנה האחרונה?	2
		האם קיימת רגישות לתרופות/מזון/עקיצות בע"ח?	3
		האם קיימות מחלות תורשתיות?	4
		האם אושפז/ה או עבר/ה ניתוח? אם כן, מתי ומדוע?	5
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות לב וכלי דם (כולל יתר לחץ דם)?	6
		האם סובלת/ת או סבלה/ה מהתעלפויות חוזרות, כאבים בבית החזה, הפרעות בקצב הלב במנוחה או במאמץ?	7
		האם היו במשפחה מקרים של מחלת לב או מוות פתאומי אחר לפני גיל 40?	8
		האם סובלת/ת או סבלה/ה ממחלות שרירים/רבדומיליזיס?	9
		האם סובלת/ת או סבלה/ה מפגיעות חום ממאמץ/מכת חום?	10
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)?	11
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר מבעיות נשימה (כולל אסטמה)?	12
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר מבעיות אורטופדיות או ראומטולוגיות?	13
		האם אובחנה שאת (גידול) מכל סוג בעבר?	14
		האם ידוע על הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי או שימוש בסמים ואלכוהול?	15
		האם ידוע על מחלות עיניים, עיוורון לילה, תיקון ראייה בלייזר?	16
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות אף, אוזן, גרון?	17
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות דרכי עיכול והכבד?	18
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות כליות ודרכי השתן?	19
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)?	20
		האם סובלת/ת או סבלה/ה בעבר ממחלות אנדוקריניות?	21
		האם סובלת/ת מבעיה רפואית אחרת שאינה מפורטת כאן?	22

הערות הרופא (במידה שבוצע \*בירור כלשהו, יש לצרף את תוצאותיו):

\*בירור - כדוגמת בירור קרדיאלי (אקו לב, מבחן מאמץ, או הולטר וכדומה), תפקודי ריאות, אורטופדי או אחר.

פרטי הרופא: שם (פרטי + משפחה) חתימה וחותמת

תאריך