

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מגסטרואנטרולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מהלך המחלה (תאריך אבחון, אמצעי אבחון) [קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, ביופסיות, פסאג CT ' וכו' האם היו ארועי החמרה, אשפוז או ניתוח, האם יש סימנים למעורבות אקסרא-אינטסטינאלית</li> <li>• מצבו/ה הנוכחי (במה טופל ומהו הטיפול הנוכחי, האם הושגה הפוגה, מהו משך הפוגה? האם יש צורך בטיפול קבוע בסטרואידים או טיפולים ביולוגיים)</li> <li>• האם היו אשפוזים או הייתה החמרה במצבו/ה במשך השנה האחרונה?</li> <li>• בדיקות: ספירת דם, כימיה מורחבת כולל תפקודי כבד ואלבומין, שקיעת דם ו CRP עדכניות לששת החודשים האחרונים).</li> </ul>	IBD	1
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מרופא משפחה או אנדוקרינולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• היש עדות לתסמונת מטבולית או הפרעה אנדוקרינית?</li> <li>• היש הגבלה בתפקוד או בניידות?</li> <li>• האם קיימת תסמונת דום נשימתי בשינה הדורשת טיפול בCPAP ?</li> <li>• האם מתוכנן טיפול ניתוחי לשם הפחתת משקל?</li> <li>• בדיקות: גלוקוז בצום, HBA1C, פרופיל שומנים, תפקודי בלוטת המגן. ( עדכניות לשלושת החודשים האחרונים).</li> </ul>	עודף משקל	2
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• בדיקת שמיעה מלאה עדכנית (הכוללת אודיוגרם עם מיסוך ו-SRT)</li> <li>• האם הליקוי השמיעתי הוא חלק תסמונת המערבת מערכות נוספות כגון: תסמונת אלפורט או תסמונת BOR</li> <li>• האם מדובר בליקוי שמיעתי חדש ו/או פרוגרסיבי (הופעה או החמרה משמעותית בשנתיים האחרונות)</li> <li>• האם עבר/ה השתלת התקן קוקליארי או מועמד/ת להשתלת התקן זה ומתי?</li> <li>• נא לשלוח תיעוד רפואי או תיעוד ממסגרת חינוכית לגבי מיומנויות תקשורת והיכולת לתקשורת בין אישית מילולית.</li> </ul>	ליקוי שמיעה	3
במידה וקיבלת פטור לאחר ספטמבר 2014 – הינך מחויב בגיוס חובה	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מגסטרואנטרולוג על מצבו/ה בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מהלך המחלה והנסיבות הקליניות שהובילו לאבחנה (כאבי בטן, שלשולים, הפרעה בשגשוג, הפרעות מעבדתיות כגון אנמיה וכו').</li> <li>• כיצד בוצעה האבחנה? (נא לצרף תוצאות סרולוגיה ותוצאות ביופסיה שעל בסיסן בוצעה האבחנה</li> <li>• האם קיימות מחלות סיסטמיות הנלוות לצליאק? (הפרעה בבלוטת התריס, סוכרת וכו'</li> <li>• מה מצבו/ה הנוכחי? האם הנ"ל סימפטומטי מבחינה קלינית והאם יש ממצאים מעבדתיים חריגים?</li> <li>• האם המטופל/ת מקפיד על דיאטה נטולת גלוטן</li> <li>• נא התייחסותך גם ליכולתו/ה לשרת בצה"ל כמתנדב/ת ובאילו מגבלות</li> <li>• בדיקות: ספירת דם, סרולוגיה לצליאק (עדכניות לחצי השנה האחרונה)</li> </ul>	צליאק	4

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
<p>הסף לנידוב סכרתיים הינו איזון על פי חו"ד מומחה אנדוקרינולוג מטפל וכן המוגלובין מסוכרר מתחת ל-9%.</p>	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מרופא אנדוקרינולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>מהלך המחלה (תאריך אבחון, סוג הטיפול, האם היו ארועי החמרה DKA [או אירועי היפוגליקמיה קשה] ומתי? האם נדרש פינוי למיון או לאשפוז ומתי?</li> <li>האם עצמאית/בטיפול במחלתו?</li> <li>האם מדובר בחלק מ-FAILURE POLYGLANDULAR?</li> <li>האם היו ארועי היפוגליקמיה לא מורגשת?</li> <li>מה מצבו/ה הנוכחי - איך מטופל/ת, האם הסוכרת מאוזנת, האם יש פגיעה באיברי מטרה ( עיניים, כליות, נירופתיה).</li> <li>בדיקות HbA1C: (עדכני לשלושת החודשים האחרונים!), כימיה מורחבת כולל תפקודי כליה, ותוצאת דגימת שתן ליחס מיקרואלבומין/קראטינין בשתן. (עדכניים לשנה האחרונה), בדיקת רופא עיניים הכוללת בדיקת קרקעית העין מהשנה האחרונה.</li> </ul>	<p>סוכרת</p>	<p>5</p>
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מכירורג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>התוויה לניתוח, סוג הניתוח, מועד, מהלך סביב ובתר ניתוחיים וסיבוכים אפשריים (יש לצרף מכתב שחרור מניתוח)</li> <li>התייחסות להערכה טרם הניתוח: עדות לסיבוכים נלווים להשמנה, אטיולוגיה ראשונית, עדות להפרעה פסיכולוגית/פסיכיאטרית.</li> <li>מצב נוכחי כולל תסמינים, בדיקה גופנית, התקדמות ההחלמה וקיום סיבוכים אופייניים לסוג הניתוח, כלכלה, ירידה במשקל (בצירוף בדיקת משקל עדכנית).</li> <li>פרטי המעקב והטיפול הרפואי הנדרשים.</li> <li>במידה ומתבצע מעקב דיאטנית – ביקורת אחרונה.</li> <li>המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>בדיקות דם עדכניות (לשלושת החודשים אחרונים): ספירת דם, כימיה מלאה כולל גלוקוז, אלקטרוליטים, תפקודי כבד, אלבומין, פרופיל שומנים ובדיקת ויטמינים: ויטמין D, B12. פולית ומאגרי ברזל.</li> </ul>	<p>ניתוח בריאטרי</p>	<p>6</p>
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת ממומחה למחלות זיהומיות על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>מתי אובחנה המחלה, הסתמנות קלינית נוכחית (כולל הסתמנות סיסטמית, מעורבות של מערכת כלשהי: נשימתית, מערכת העיכול, נירולוגית וכד' – סיבוכי HIV.</li> <li>תולדות המחלה עד כה כולל זיהומים אופורטוניסטיים בעבר.</li> <li>בדיקה גופנית ע"י רופא המרפאה.</li> <li>טיפול תרופתי: טיפול נוכחי, תרופות עבר (אם היה שינוי בפרוטוקול – מדוע), רגישויות או תגובות כלשהן לתרופות, אינדיקציה ומועד התחלת טיפול, עמידות לטיפול. טיפול תרופתי נוסף פרט ל-ART.</li> <li>רקע של הפרעות פסיכולוגיות, פסיכיאטריות או סוציאליות הקשורות לכלל הטיפול הרפואי.</li> <li>תובנה והדרכה לגבי המחלה, דרכי העברה, מניעת הדבקה והענות לטיפול ולמעקב. קיום עדות להתנהגות סיכונית.</li> <li>פרטי המעקב והטיפול הרפואי הנדרשים.</li> <li>המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>בדיקות המעבדה הבאות (עדכניות לשלושת החודשים האחרונים): ספירת CD4 ועומס נגיפי, תוצאות בדיקת מנטו HBV, HCV, ו-VDRl-בדיקות דם בסיסיות שבוצעות כמעקב תחת ART (ת. כליות, כבד, פרופיל שומנים וגלוקוז בצום).</li> </ul>	<p>HIV</p>	<p>7</p>

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנוירולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• אבחנה, אטיולוגיה, מהלך המחלה, סוג הפרוכוסים ואופיים, תדירות הפרוכוסים.</li> <li>• טיפולים בעבר ובהווה (תרופות, קוצבים ווגאליים, ניתוחים וכו'), מידת האיזון תחת הטיפול, תופעות לוואי של הטיפול.</li> <li>• קיום פגיעה קוגניטיבית/נוירולוגית נלווית</li> <li>• מגבלות בתפקוד היום-יומי, עצמאות והיענות לטיפול, כולל התייחסות ל, ADL-או הצורך בליווי או השגחה.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש- תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>• נא לצרף בדיקת EEG אחרונה שבוצעה, רמות תרופות עדכניות בדם (במידה ורלבנט) ובדיקות דם למעקב אחר תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי (ספירת דם, כימיה כולל תפקודי כליות וכבד וכדומה).</li> </ul>	אפילפסיה	8
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מאנדוקרינולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מועד התייצגות ראשונה של המחלה, אופן ההתבטאות, סוג ההפרעה (אבחנה גנטית/מולקולרית)</li> <li>• מצב נוכחי, הסתמנות, מידת איזון הורמונאלי, איבוד מלחים וצירוף בדיקות עזר רלוונטיות (פרופיל הורמונאלי עדכני, אלקטרוליטים, סוגר אשכים ע"פ הצורך)</li> <li>• תוצאת בדיקת ACTH אשר בוצעה בעבר.</li> <li>• טיפול תרופתי, התוויה ויעד לטיפול ותופעות לוואי או סיבוכים אפשריים.</li> <li>• היסטוריה של משבר אדיסוני והנחיות לטיפול בזמן עקה עם הדרכה מתאימה למטופל.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> </ul>	Congenital Adrenal Hyperplasia	9
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מראומטולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• סוג ה, JRA-גיל והסתמנות ראשונית, ביטוי ומהלך המחלה, מפרקים מעורבים וטיפול.</li> <li>• מעורבות חוץ פרקית של המחלה: עיניים, עור, איברים פנימיים וכו'. נא לצרף בדיקת רופא עיניים מהשנה אחרונה.</li> <li>• סיבוכים של המחלה והטיפול: פגיעה במפרקים – הגבלה ביכולת תנועה או ניידות, עיכוב בגדילה, ירידה בצפיפות עצם (בצירוף תוצאות הבדיקה האחרונה), הבדל באורך הרגליים, מעקב תופעות לוואי של טיפול.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>• בדיקות (עדכניות ככל האפשר): ספירת דם, שקיעת דם וכימיה, כולל אלבומין.</li> </ul>	JRA	10
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מגסטרואנטרולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מועד אבחנה, דרך ההדבקה, תולדות מחלה עד כה. במידה ובוצע ניקור כבד – נא לצרף תוצאות ביופסיה.</li> <li>• מצב נוכחי, הסתמנות, בדיקה גופנית, מעורבות חוץ-כבדית וסיבוכים של המחלה.</li> <li>• טיפול תרופתי - טיפול נוכחי, במידה ולא ניתן מדוע, אם ניתן טיפול תרופתי בעבר מדוע הופסק/שונה, תופעות לוואי של תרופות ומעקב אחר רעילות. כמו כן התייחסות למידת הענות לטיפול התרופתי ולמעקב.</li> <li>• תובנה והדרכה לגבי המחלה, דרכי העברה ומניעת הדבקה.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• במידה וקיימת עדות לשחמת – נא לצרף תוצאות אנדוסקופיה וכן סוגר כבד ורמת <math>\alpha</math> fetoprotein על פי הצורך.</li> <li>• בדיקות מעבדה עדכניות (3 חודשים אחרונים): ספירת דם, כימיה מלאה, תפקודי כבד, תפקודי קרישה, סרולוגיה מהעבר למזהמים נוספים ל-DNA B I anti HBe, HBeAg (עדכנית נגיפית הערכה, ) HIV-1, B, C, D הפטיטיס/ HBV (להפטיטיס: C עומס נגיפי של HCV-</li> </ul>	צהבת נגיפית	11

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת ממרפאת CF או רופא ריאות על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מעורבות ריאתית: מהלך המחלה, תדירות החמרות נשימתיות ואשפוזים, מועד החמרה ואשפוז אחרון, צורך בהנשמה בעבר, נשאות למזהמים אופייניים שונים, מעורבות דרכי נשימה עליונות, סיבוכים ריאתיים כגון ברונכיאקטזיות וכו'</li> <li>• מעורבות מערכת העיכול: התבטאות, קיום הפרעה אקסוקרינית של הבלב, אירועי חסימת מעיים, אירועי דלקת הבלב, מעורבות כבד ודרכי מרה CFRD .</li> <li>• במידה וקיימת סוכרת נא לצרף חו"ד אנדוקרינולוג עם התייחסות למחלה, לטיפול בה ולסיבוכיה.</li> <li>• מעורבות השלד – בעיות פרקים, ירידה בצפיפות העצם</li> <li>• סיבוכים ומעורבות נלוות אחרת למחלה.</li> <li>• טיפול רפואי: טיפול תרופתי, טיפול פיזיותרפי, טיפול תזונתי וכו"ב. כמו כן התייחסות לעצמאות והענות לטיפול.</li> <li>• מצב תפקודי והיכולת לשלב טיפולים בשגרה של חמישה ימי עבודה מלאים בשבוע.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות הבדיקות ובקורת מומחה.</li> <li>• תפקודי ריאות עדכניים US, בטן אחרון שבוע, בדיקת צפיפות עצם אחרונה שבוע, ובדיקות דם עדכניות: גלוקוז בצום/מבחן העמסת גלוקוז אחרון שבוע, ספירת דם וכימיה מלאה.</li> </ul>	<p><b>לייפת כיסתית</b></p>	<p><b>12</b></p>
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנירוכירורג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• אבחנה, מהלך המחלה, שכיחות אירועי זיהום או הפרעה בתפקוד הנקז, האם קיימת עדות לכך שהנקז אינו מנקז.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש- תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>• נא לצרף תוצאות של בדיקות דימות (CT או) MRI עדכניות ככל האפשר, בדיקת רופא מומחה ובדיקות עזר על פי הצורך (נירואופתלמולוג, ניורולוג, שדות ראייה).</li> </ul>	<p><b>דלף חדרי – צפקי</b></p>	<p><b>13</b></p>
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנירולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• התייבבות באבחנה, תוצאות בירור, מהלך ואופי המחלה עד כה, התבטאות ההתקפים ומועד התקף אחרון.</li> <li>• מצב נוכחי כולל בדיקה ניורולוגית מלאה, תסמינים נלווים לחסרים ניורולוגים: עייפות, הפרעות מצב רוח, הפרעה קוגניטיבית. מידת ההפרעה התפקודית וחומרתה וכן תוצאות MRI אחרון.</li> <li>• טיפול תרופתי מונע, מתי הותחל, תופעות לוואי, עצמאות בטיפול. במידה והשתנה הטיפול התרופתי- מדוע. כמו כן התייחסות לטיפול תרופתי לתסמינים נלווים למחלה.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• במידה והיו אירועים של neuritis optic נא צירוף ביקורת ניורואופתלמולוג ושדות ראייה אחרונים.</li> </ul>	<p><b>טרשת נפוצה</b></p>	<p><b>14</b></p>
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מאונקולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• אבחנת המחלה - הסתמנות, ה stage- של המחלה בזמן האבחנה, היקף הפיזור שנתגלה בבירור.</li> <li>• טיפול - במידה וטופל בכימותרפיה, פירוט התרופות שקיבל והבדיקות שבוצעו לשלילת תופעות הלוואי של התרופות (כגון ביצוע אקו לב ותפקודי ראות).</li> <li>• פרוגנוזה והמעקב הנדרש - סוג הבדיקות ותדירותן, תדירות בקורת במרפאה, הסיכויים לחזרת המחלה .</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל – באילו תנאים ובאילו מגבלות.</li> <li>• תוצאות של הבדיקות הבאות (עדכניות ככל האפשר): ספירת דם, כימיה כולל תפקודי כליות, בדיקות נוספות, במידה ובוצעו, כחלק מהמעקב אחרי המחלה כגון תפקודי בלוטת התריס, אקו לב, תפקודי ראות, MRI, CT וכדומה.</li> </ul>	<p><b>מחלה ממארת</b></p>	<p><b>15</b></p>

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנפרולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מהלך המחלה עד כה - אבחנה, התבטאות קלינית, בדיקות שבוצעו, טיפול.</li> <li>• מצב נוכחי - תפקוד הכליות, Clearance Creatinine, טיפול.</li> <li>• פירוט לגבי סיבוכי המחלה, הטיפול בהם ומחלות נלוות.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש - תדירות ביקורת ובדיקות עזר נחוצות.</li> <li>• במקרה של אי ספיקת כליות מתקדמת (דרגה 4 או 5 - ) נא התייחסות הנפרולוג למצב התפקודי, צפי להשתלת כלייה או דיאליזה וצירוף בדיקות מעבדה לרבות בדיקת דם מלאה לאלקטרוליטים וגזים בדם.</li> <li>• תוצאות של בדיקות (עדכניות ככל האפשר): ספירת דם, כימיה כולל תפקודי כליות Creatinine Clearance, אלבומין. תוצאות של בדיקות נוספות במידה ובוצעו כולל אולטרא-סאונד, ביופסיה של הכליות, איסוף שתן כמותי.</li> </ul>	מחלת כליה	16
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מקרדילולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מהלך המחלה עד כה - אבחנה, תוצאות בדיקות, טיפול עבר. צירוף מכתבי שחרור מאישפוזים וניתוחים.</li> <li>• מצב נוכחי - מצב החולה, הטיפול הנוכחי והצפוי, מצב תפקודי.</li> <li>• במידה וסובל מהפרעות קצב - נא לצרף פירוט לגבי אבחנה, הסתמנות, תדירות, מועד הסתמנות אחרונה, טיפולי עבר וטיפול כיום. במידה ומדובר באבחנה תורשתית כיצד התבטאה ביתר בני המשפחה.</li> <li>• אם קיים קוצב לב/דפיברליטור יש לצרף מכתב עדכני ממרפאת קוצבים.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש - תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> <li>• תוצאות בדיקות עזר עדכניות (אקו לב, הולטר, מבחן מאמץ וכדומה).</li> </ul>	מחלת לב	17
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנירולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• מעורבות מערכת עצבים מרכזית ועצבים פריפריים כולל בדיקה נירולוגית, בדיקת הדמיה אחרונה, משמעות התוצאות וצורך במעקב. במידה וקיימים ממצאים מוחיים נא התייחסות נירוכירורג מטפל. כמו כן התייחסות מומחה להפרעה פרכוסית, קוגניטיבית או הפרעת קשב וריכוז.</li> <li>• בדיקת רופא עיניים (משנה אחרונה)</li> <li>• בדיקת אורתופד (כולל צירוף תשובות בדיקות עזר ע"פ הצורך: צילום עמוד שדרה, בדיקת צפיפות עצם וכיו"ב).</li> <li>• התייחסות רופא מטפל או רופא עור לממצאים עוריים.</li> <li>• בדיקת שמיעה מלאה ועדכנית.</li> <li>• הערכת יתר לחץ דם (תוצאות 11 מדידות לחץ דם בימים שונים או ABPM עם בירור והתייחסות מרפאת יתר לחץ דם/נפרולוג במידה וקיימת עדות ליתר לחץ דם.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> </ul>	נירופיברומטוזיס	18
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מנירולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• אבחנה, התקדמות מחלה עד כה, טיפול (תרופות, פיזיותרפיה וכו') ותופעות לוואי או סיבוכים של הטיפול.</li> <li>• בדיקה גופנית מלאה, הערכת יכולת תפקודית ומידת הגבלה בתפקוד יום יומי (ADL).</li> <li>• קיום הפרעות עצביות וקוגניטיביות נוספות או מעורבות נלוות של איברים אחרים – לב, מערכת עיכול, הפרעות נשימתיות או צורך בתמיכה נשימתית, הפרעות הורמונאליות וכו' (נא לצרף התייחסות רופא מומחה מתאים).</li> <li>• סיבוכים אורתופדיים משניים למחלה וניתוחים בעבר כולל התייחסות אורתופד עדכנית על פי הצורך.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש – תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> </ul>	ניוון שרירים	19

הערות	מה נדרש?	סוג אבחנה / מחלה	מס"ד
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מניירולוג על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• סוג ה-CP, אטיולוגיה, התבטאות, תולדות המחלה עד כה, מצב נוכחי.</li> <li>• פירוט בדיקה ניירולוגית מלאה ומידת ההגבלה בתפקוד יום יומי (התייחסות מלאה ל-ADL).</li> <li>• פירוט לגבי הפרעות נלוות אופייניות: הפרעה קוגניטיבית, פסיכיאטרית, אפילפסיה (כולל פירוט לגבי התבטאות, טיפול, מידת איזון, הענות לטיפול), דיבור, שמיעה, ראייה, תזונה והפרעות ריאתיות.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש- תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• במידת הצורך נא התייחסות אורתופד לטיפול בעבר כולל ניתוחים, מצב נוכחי כולל בדיקה אורתופדית, טיפול נדרש, צפי לניתוחים בעתיד ותדירות ביקורת מרפאתית.</li> </ul>	שיתוק מוחין	20
	<p><b>חוות דעת רפואית מפורטת מרופא עיניים על מצבו/ה כיום בהתייחס גם לפרמטרים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• אבחנה, בדיקת עיניים, בדיקת חדות ראייה מלאה, כולל תיעוד חדות ראייה לפני ואחרי תיקון, ערכי רפרקציה, בדיקת שדות ראייה.</li> <li>• התייחסות למצב תפקודי, צורך במכשירי עזר וכיו"ב.</li> <li>• במידה ומדובר במחלה פרוגרסיבית - פרוגנוזה לטווח שלוש שנים.</li> <li>• פרטי המעקב הנדרש - תדירות ביקורת רופא מומחה ובדיקות עזר.</li> <li>• במידה וקיים עיוורון לילה (Pigmentosa Retinitis) נא לצרף תוצאות בדיקה אלטרופיזיולוגית ובדיקת שדות ראייה.</li> <li>• המלצה על התנדבות לשירות בצה"ל ובאלו מגבלות.</li> </ul>	עיוורון	21
	<p><b>במידה וקיבלת פטור על רקע נפשי יש להציג את המסמכים הבאים:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• חוות דעת קלינית עדכנית (מגורם מקצועי מוסמך – פסיכולוג או פסיכיאטר) שכוללת אבחון, פירוט לגבי הטיפול התקופתי והתאמתך למסגרת התנדבות.</li> <li>• במידה ואושפזת/עברת ועדת השמה – כלל סיכומי האשפוז שבעברך/תוצאות הוועדה.</li> <li>• במידה ומצוי בטיפול פסיכולוגי נא להביא חוו"ד עדכני מהפסיכולוג או המטפל.</li> <li>• חוות דעת תפקודית עדכנית (בית ספר, מקום עבודה או כל מסגרת אליה משתייך)</li> </ul>	בריאות הנפש	22

**מסמך עדכני = משלושת החודשים האחרונים בלבד**