

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

מועמד/ת יקר/ה, הנך מועמד/ת 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.

<u>מספר זהות / מספר אישי</u>	<u>שם משפחה</u>	<u>שם פרטי</u>	<u>תאריך לידה</u>
------------------------------	-----------------	----------------	-------------------

(1) אם פנה/פנתה אליך המועמד/ת ב- 3 השבועות האחרונים, אנא 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, המועמד/ת סובל/ת או סבל/ה מהמצבים הרפואיים הבאים (יש לסמן ב- X במקום המתאים לכך):**

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

**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.