

**טופס למילוי ע"י הרופא בוגרים**

**לטופס זה חובה לצרף סיכום מחלה מבית החולים**

לרופא המטפל שלום, בזמן הקרוב יצא מטופל/ת שלך למחנה נופש, המידע חשוב לצוות הרפואי המטפל בזמן המחנה על מנת למנוע סיבוכים בעקבות חוסר מידע מפורט מספיק. תודה על שיתוף הפעולה.

שם החולה: \_\_\_\_\_  
 אבחנה כולל מיקום \_\_\_\_\_ תאריך אבחנה \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 מטופל בהתאם לפרוטוקול \_\_\_\_\_  
 מהלך מחלה (טיפולים וסיבוכים מאז האבחנה ועד היום) \_\_\_\_\_

מטופל בטיפול ביולוגי: כן / לא עד תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם התרופה: \_\_\_\_\_  
 בעיות ידועות, תדירות הבעיה והטיפול שלכם (פירכוסים, כאבי ראש, ניתוחים, שאנטים וכו'..)

תאריך טיפול אחרון ומה הוא כלל \_\_\_\_\_  
 טיפולים מתוכננים לתקופת המחנה \_\_\_\_\_

תאריך סיום טיפול אקטיבי \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ תאריך סיום טיפול אחזקתי \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (אם עדיין לא הסתיימו תאריך משוער)

ספירת דם אחרונה בתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ WBC \_\_\_\_\_ HB \_\_\_\_\_ PLT \_\_\_\_\_ %GRN \_\_\_\_\_  
 ביוכימיה אם רלוונטית \_\_\_\_\_

צנתר כל שהוא כן/לא לא היקמן / פרוטקט / פיק ליין / אחר \_\_\_\_\_ האם יש צורך בשטיפה כן/לא  
 הגבלות בפעילות \_\_\_\_\_ רגישות לתרופות \_\_\_\_\_  
 רגישות למזון \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_  
 הערות \_\_\_\_\_

הריני מאשר בזה כי \_\_\_\_\_ יכול/ה להשתתף במחנה לפי ההוראות הנ"ל.  
 שם הרופא \_\_\_\_\_ ביה"ח \_\_\_\_\_

טל' בבית \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
 דוא"ל \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

במקרה והרופא החתום על הטופס אינו הרופא המטפל נא למלא לצורך חרום

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ ביה"ח \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

**את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059**