



## טופס למילוי ע"י הרופא

### לטופס זה חובה לצרף סיכום מחלה מבית החולים

לרופא המטפל שלום, בזמן הקרוב יצא ילד בטיפולך 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**

או צילום ברור וקריא למייל: [CAMP@ZICHRON.ORG](mailto:CAMP@ZICHRON.ORG) וצאפ: 058-634-5584