



טופס למילוי ע"י הרופא

מחנה חורף דובאי 2024

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 _____

ביוכמיה אם רלוונטית _____

צנתר כל שהוא כן/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 וצאפ: 058-634-5584