



חלק ד - שאלון רפואי – תוכנית "גמאני" 2016-2017

למילוי ע"י הרופא האונקולוגי

שם: _____ ת.ז. □□□□□□□□□□

תאריך לידה: □□/□□/□□ גיל: _____ מין: זכר / נקבה משקל גוף: _____

אבחנה ראשית: _____ תאריך אבחנה: _____

אבחנות נוספות ובעיות רפואיות נלוות: _____

תאריך רמיסיה: _____ תאריך תחילת אחזקה: _____

השתלת מח עצם – כן/לא _____ השתלה עצמית/תורם זר _____ תאריך השתלה _____ ניתוחים: _____

כימותרפיה _____ טיפול אחרון בתאריך _____

הקרנות _____ טיפול אחרון בתאריך _____

טיפולים נוספים, כולל ביולוגי/אימנותרפיה _____ טיפול אחרון בתאריך _____

צנתר מרכזי: הייקמן/ פרוט-א-קט / אחר _____ טיפול נדרש _____

טיפול תרופתי: _____

תרופה	מינון ותדירות	הערות

טיפול תרופתי נוסף – כולל משככי כאבים קבועים לסוגיהם _____

אלרגיה (מזון/תרופות)/רגישויות או תופעות לוואי נלוות (חומר ותגובה) _____

הגבלה בפעילות גופנית – כן/לא. אם כן, פרט _____

הגבלה בהליכה למרחקים – כן/לא. אם כן, פרט _____

אישור רכבות הרים – כן/לא. אם מוגבל, פרט _____

נזקק לכיסא גלגלים / קביים _____

הערות נוספות למחנה _____

תוספות אחרות, כולל פסיכו-סוציאלי ועזרה בתפקוד יומיומי _____

הערות _____

ספירת דם אחרונה בתאריך □□/□□/□□ (יש לצרף)

WBC=□□.□

Hb=□□.□

ANC=□□□□

PLT=□□□□

שם הרופא המטפל וחותמת: _____ מחלקה / בית-חולים: _____

טלפונים: _____ תאריך: _____