



<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>דפים</p> </div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> </div>																

פרטים רפואיים לחולי סיסטיק פיברוזיס לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

לרופא/ה המטפל, על מנת לסייע לחולה למצות את זכויותיו הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא/י את הטופס על כל עיפוי. כמו כן, אנא צרף/י כל חומר רפואי רלוונטי נוסף (בעיקר סיכום רפואי מפורט ממרפאות ריאות).

1 פרטי חולה

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר ת.ז.
שם הרופא המטפל	טלפון קווי במרפאה	טלפון נייד	

2 פרטים קליניים לגבי ה- CF והמחלות הנלוות

במידת האפשר נא לצרף סיכומי מחלה ממרפאת המומחים הרלוונטית ותוצאות בדיקות עדכניות

פרוט האבחנה (כולל מועד, סיבוכים ואבחנות נוספות) _____

צורך באינהלציות	נא לציין מספר הפעמים ביום _____
פיזיותרפיה נשימתית	נא לציין מספר הפעמים ביום _____
שיעול וכיח	נא פרט את אופי השיעול (תדירות) ואופי הכיח _____
קיום אמפיזמה	נא לפרט הממצאים _____
קוצר נשימה במאמץ וכיחלון	נא לפרט הממצאים _____
שימוש בחמצן, צורך בתמיכה נשימתית או הנשמה מלאכותית	נא לפרט את אמצעי התמיכה ותדירות השימוש _____
מצב "תפקודי ריאה"	נא לצרף תשובת תפקודי הריאה עדכניים _____
אשפוזים בבית חולים או "טיפול בית" באנטיביוטיקה דרך הוריד	נא לפרט את הסיבות ומשך הטיפול במהלך השנה _____
נשאות של פתוגנים ריאתיים	<input type="checkbox"/> פסאודומונס מולטי-רסיסטנטי <input type="checkbox"/> אספרגילוס <input type="checkbox"/> מיקובקטריום אבציסוס <input type="checkbox"/> בורקודליה
הגבלה בניידות	נא לפרט את המגבלה ושימוש בעזרים _____
האם קיימת אי ספיקת לבלב	נא לפרט _____
האם קיימת סוכרת	נא לפרט טיפול באינסולין ובדיקות עדכניות _____
האם קיימת מחלת כבד / כליות	נא לפרט תוצאות בדיקות עדכניות _____
האם בהמתנה להשתלה / האם בוצעה השתלה	במידה ובוצעה השתלה, אנא פרט סוג ההשתלה, מועדה ותפקוד האיבר המושתל _____
הקיים גסטרוסטום / מצב תזונתי	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אנא פרט המצב התזונתי _____
הקיימת אוסטאופניה / אוסטאופורוזיס	נא לפרט תוצאות בדיקות עדכניות _____
פרוט מחלות נלוות (כולל תגובות נפשיות)	נא לצרף הערכת רופא מומחה רלוונטי (למשל פסיכיאטר) _____

חתימה וחותמת הרופא _____ תאריך _____

טופס זה נוצר בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד