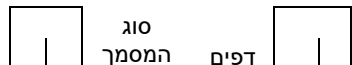
 מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
 סוג המסמך דפים	



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 אגף נכות




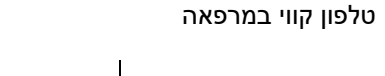


שאלון FMF לצורך הגשת תביעה לנכות

רופא/ה נכבד/ה על מנת לסייע לחולי FMF למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף כל חומר רפואי נוסף הכולל סיכום ריאומטולוג מומחה

1

פרטי המטופל

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

2

אבחון

תאריך האבחון: _____
 סוג מוטציה אם ידועה: _____
 פירוט האבחנה: _____

טיפול תרופתי – יש לסמן טיפול שמקבל המטופל ולפרט את מינונו ותדירותו.

- קולכיצין _____
- אנקירנה Anakinra _____
- רילונצפט (Rilonacept) – ארקליסט (Arcalyst) _____
- קאנאקינומאב (Canakinumab) – אילריס (Ilris) _____
- מדללי דלקות _____
- סטירואידים _____
- אחר _____

בדיקות עדכניות של המטופל/ת:

- ספירת דם CBC-Bomplet blood count _____
- כימיה _____
- מדדי דלקת (SAA, CPR, ESR, Fibrinogen) _____
- בדיקות שתן כלליות ואיסוף שתן לחלבון ב-24 שעות _____

ביטויים קליניים למילוי בשיתוף עם המטפלת/ת:

ביטויים קליניים למילוי בשיתוף עם המטופלת/ת:

- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע

- התקפי חום חוזרים ונשנים:
- כאבים במעטפת הבטן: צפק-פריטונאום:
- כאבים במעטפת הראיה: צדר-פלזירה
- מעטפת הלב- פריקד
- מעטפת המפרק- סינוביום
- תפרחת דמוית אריסיפלוס
- תפרחת עור
- כאבי שרירים
- כאבים באשכים
- כאבי גרון חוזרים ונשנים
- כאבי ראש ודלקת מעטפת המוח

ביטויים קליניים נוספים- סיבוכים של החולה:

- עמילואידוזיס פרט _____
- חסימת מעי פרט _____
- האם ידוע על בעיות פוריות פרט _____

השפעה ממוצעת של התסמינים התפקוד היומי:

- 1.נמוכה מאד 2.נמוכה 3. בינונית 4. גבוהה 5. גבוהה מאד

עוצמת כאב ממוצעת:

- 1.נמוכה מאד 2.נמוכה 3. בינונית 4. גבוהה 5. גבוהה מאד

הערות והערכת הרופא/ה המטפלת את הפגיעה התפקודית:

_____ תאריך

_____ שם הרופא