



<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</p> </div>																	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>

שאלון לחולי תסמונת השלפוחית הכאובה או דלקת בין רקמתית של השלפוחית (INTERSTITIAL CYSTITIS)

רופא נכבד, על מנת לסייע לחולות וחוליי תסמונת השלפוחית הכאובה למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

1

פרטי המטופל

<p style="text-align: center;">מספר ת.ז.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">תאריך לידה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">שם פרטי</p>	<p style="text-align: center;">שם משפחה</p>
<p style="text-align: center;">טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">טלפון קווי במרפאה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">שם הרופא המטפל</p>	

2

אבחון

תאריך האבחון: _____

בדיקת הידרודיסטנציה: כן לא

ממצאים בבדיקה: _____

פירוט האבחנה: _____

תסמיני שלפוחית השתן:

תכיפות ודחיפות : מס פעמים ביום _____ מספר פעמים בלילה _____

דליפת שתן

צריבה בשופכה

כאב בשלפוחית מלאה

כאב במהלך התרוקנות

זרימת שתן חלשה או מקוטעת

שתן דמי

תחושת התרוקנות בלתי שלמה

השפעה ממוצעת של תסמיני שלפוחית השתן על התפקוד היומי:

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

תופעות נוספות:

מיגרנות תשישות כרונית כאבים ביחסי מין גלי חום כאבי גב תחתון או אגן

מחלות נלוות: תסמינים דכאונים פיברומילגיה תסמונת המעי הרגיז מעי דלקתי – קרוהן
 דלקת פרקים כרונית אנדומטריוזיס אחר _____

כאב:

אפיון הכאב, משכו ותדירותו: _____
 בחודש ממוצע, כמה ימי עבודה/לימודים מאבד/ת החולה בשל כאבים? ____
 בחודש ממוצע, כמה ימים סובל/ת החולה מכאבים המרתקים אותה למיטה באופן מוחלט? ____
 בחודש ממוצע, כמה ימים סובל/ת החולה מתכיפות ודחיפות גבוהים המחייבים אותה/ו להמצא בקרבת שירותים? ____

השפעה ממוצעת של הכאב על תפקוד יומיומי:

פגיעה מועטה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 פגיעה מהותית

השפעה ממוצעת של הכאב על תפקוד יומיומי:

פגיעה מועטה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 פגיעה מהותית

עצימות כאב ממוצעת:

נמוכה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 גבוהה

טיפולים עדכניים

- טיפול בשטיפות כיס השתן _____
- טיפול נוגד כאב הדורש מרשם - לרבות קנאביס רפואי - מינון ותדירות _____
- טיפולים נוספים ותדירותם (פיזיותרפיה ריצפת אגן, דיקור סיני רפואה אלטרנטיבית וכד') _____
- פסיכולוג / פסיכיאטר _____
- תזונאית _____
- מרפאת כאב _____
- טיפולים תרופתיים בתסמיני תכיפות ודחיפות _____
- אחר: _____

טיפולים בעבר:

ההשפעה תפקודית (לפי התרשמות של הרופא המטפל – מדובר בהמלצה בלבד)

- אין פגיעה תפקודית בפעילויות יומיומיות או תעסוקתיות עקב תסמיני ic:
 - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים מצטמצמת מעט.
- קיימת פגיעה תפקודית קלה בפעילויות יומיומיות או תעסוקתיות עקב תסמיני ic:
 - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים נפגעת או מצטמצמת מדי פעם
 - חיסורים ממוצעים של פחות מפעם בחודש מהעבודה או הלימודים.
- קיימת פגיעה תפקודית מתונה בפעילויות יומיומיות או תעסוקתיות עקב תסמיני ic:
 - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או בלימודים נפגעת או מצטמצמת לפחות פעם ביום
 - יש קושי להתמיד בעבודה, בלימודים או במטלות-בית יותר משעתיים ברצף
 - חיסורים לפחות פעם בחודש מהעבודה או הלימודים .
- קיימת פגיעה תפקודית חמורה בפעילויות יומיומיות או תעסוקתיות עקב תסמיני ic:
 - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או בלימודים נפגעת או מצטמצמת פעם בשעה
 - יש קושי להתמיד בעבודה, בלימודים או במטלות-בית יותר מ-3 שעות ביום
 - חיסורים ממוצעים של לפחות פעמיים בחודש מהעבודה או הלימודים.
- קיימת פגיעה תפקודית קיצונית בפעילויות יומיומיות/תעסוקתיות עקב תסמיני ic:
 - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או בלימודים נפגעת או מצטמצמת באופן תדיר או כמעט באופן קבוע
 - יש קושי להתמיד בעבודה, לימודים או במטלות-בית יותר משעה רצופה
 - חיסורים רבים במרבית ימי החודש מהעבודה או הלימודים.

האם החולה נצרכת בהקלות בעבודה או בלימודים? לא כן, אילו? _____

האם החולה נאלצה להפסיק עבודה או לימודים בשל המחלה? לא כן

הערכת הרופא המטפל/ת את הפגיעה התפקודית: _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת ✕ _____