



**נספח א' – שאלון רפואי לרופא – למילוי לפני המיון**

**לתשומת ליבך, שאלון מלא וחתום על ידי רופא הינו תנאי להשתתפות במיון**

סודי רפואי

לאחר המילוי

מועמדת יקרה,

הנך מועמד להשתתף במיון מדריכות אגד 214

לקראת מיון זה עליך לגשת לרופא המשפחה/ רופא היחידה ולמלא את השאלון הרפואי המצורף. שאלון זה עליך להביא עמך ביום המיון.

השאלון הרפואי מאפשר העברת המידע הרפואי לרופא הממייך. עליך להציג השאלון, החתום על ידי רופא. לתשומת לבך – ללא שאלון רפואי מלא וחתום ע"י רופא לא תוכל להשתתף במיון. על הרופא למלא את השאלון בתוך חודש מתאריך המיון – שאלונים ישנים יותר לא יתקבלו.

שאלון רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה / רופא היחידה

מספר זהות / מספר אישי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
-----------------------	----------	---------	------------

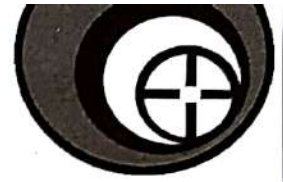
הערות לרופא :

I. אם פנתה אליך המועמדת ב-3 השבועות האחרונים, אנא ציין את הסיבה והטיפול בבעייתה.

II. במידת האפשר, נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.

מתוך היכרותי עם המועמד (מהרישומים בתיקוה הרפואי, המועמדת/סובלת או סבלה מהמצאים הרפואיים הבאים (יש לסמן ב-X במקום המתאים לכך):

מקום האשפוז והמועד	האם אושפזה בגין מצב?		האם סובלת מהמצב?		מצב רפואי
	סמן ב-X במשבצת המתאימה		סמן ב-X במשבצת המתאימה		
	לא	כן	לא	כן	
					1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)
					2. מחלות אנדוקריניות
					3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)
					4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר
					5. מחלות אף, אוזן, גרון
					6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)
					7. מחלות לב, מסתמי לב
					8. יתר לחץ דם



			9. מחלות דרכי עיכול והכבד
			10. מחלות פרקים
			11. הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)
			12. ממאירות
			13. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי
			14. סמים ואלכוהול
			15. מחלות תורשתיות
			16. מחלות שרירים/רדומיוליזיס
			17. פגיעות חוס ממאמץ/מכת חוס?
			18. האם בטיפול רפואי קבוע?
			19. האם קיימת רגישות לתרופות?
			20. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות?
			21. האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע?
			22. האם עבר ניתוחים? אם כן מתי?
			23. האם היו במשפחה מקרים של מחלת לב או מוות פתאומי אחר לפני גיל 40?
			24. האם נמצא במהלך מעקב או בירור בעיה רפואית כלשהי שטרם הסתיים?
			25. האם סבל מהתעלפויות חוזרות, כאבים בבית החזה, הפרעות בקצב הלב במנוחה או במאמץ?
			26. האם הומלץ על טיפול תרופתי קבוע מכל סוג שהוא?
			27. האם לדעתך סובל מבעיה רפואית המונעת ממנו לעסוק בפעילות גופנית מכל סיבה?
			28. האם סובל מבעיה רפואית אחרת שאינה מפורטת כאן?

הערות הרופא (במידה שבוצע בירור קרדיולוגי, יש לצרף את תוצאותיו):

---



---

חתימה וחותמת

פרטי הרופא: שם (פרטי + משפחה)

תאריך