

**חידוש הצהרת בריאות ריסק עם מסלול הטבת "RISK WELL"**

| <input type="radio"/> לא<br><input type="radio"/> כן          | האם טופלת או הומלץ לך על טיפול תרופתי ב-3 השנים האחרונות למשך 3 שבועות ומעלה?<br>* למעט תרופות ללא מרשם רופא ו/או תרופות למחלות: עיניים, אף אוזן וגרון, אורתופדיה ועור |
|---|--|
| <b>במידה והתשובה הינה חיובית יש למלא את שאלון המחלות:</b>     |  |
| מהי סיבת הטיפול?  | האם חלית ו/או אובחנת ו/או סבלת מהמחלות הבאות או אחד האירועים הבאים:  |
| <input type="radio"/> מחלה נירולוגית                          | אירוע מוחי (כגון: TIA, CVA, שבץ מוחי), טרשת נפוצה, פרקינסון, ניוון שרירים  |
| <input type="radio"/> מערכת עיכול                             | הפטיטיס, שחמת/ציריהוזיס, גושה  |
| <input type="radio"/> הפרעה הורמונלית/סוכרת                   | סוכרת  |
| <input type="radio"/> מחלה ראומטולוגית/מפרקים                 | לופוס (זאבת), סקלרוזרמה, וסקוליטיס   |
| <input type="radio"/> מחלת ריאות                              | מחלת COPD (אמפיסמה, ברונכיט כרונית), סיסטיק פיברוזיס   |
| <input type="radio"/> כליות ודרכי שתן                         | אי ספיקת כליות, כליות פוליציסטיות, חלבון בשתן  |
| <input type="radio"/> סרטן או גידול ממאיר - 5 שנים מתום טיפול | סרטן, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה, סרטן עור (לרבות מלנומה, SCC) - עד חמש שנים מתום טיפול  |
| <input type="radio"/> נשא HIV                                 | נשא HIV  |
| <input type="radio"/> הפרעה נפשית                             | דיכאון, הפרעה ביפולרית/דו קוטבית (מאניה-דיפרסיה), סכיזופרניה   |
| <input type="radio"/> מערכת הדם                               | פוליציטמיה, טרומבוציטוזיס, מיאלומה, כשל חיסוני   |