

תאריך: \_\_\_\_\_

### טופס צהלי רפואי לבקשת הקלות בתנאי שירות

דף הסבר:

#### רופא משפחה שלום!

הטופס המצורף בזאת מופנה אלייך בעקבות פניית ה \_\_\_\_\_ להקלה בתנאי השירות, על רקע בעיות רפואיות במשפחה.

חוות דעתך תוכל לסייע לנו בקבלת החלטה לגבי בקשתו. נא למלא במקום המתאים את האבחנות הרפואיות עם דגש על סיבוכי המחלה בזמן הווה.

חשוב במיוחד נושא המצב התפקודי, על פי חוות דעתך והתרשמות הצוות הרפואי (אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק וכו').

ניתן לצרף לטופס מסמכים בודדים התומכים ומאירים את המצב בכללותו על מנת שניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה ומדויקת ככל האפשר לגבי המצב.

מודים לך על שיתוף הפעולה

צה"ל

תאריך: \_\_\_\_\_

**לכבוד: צה"ל**

**הנדון: אישור רפואי**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_ קרבה לחייל: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי: \_\_\_\_\_, רווק: \_\_\_\_\_, אלמן: \_\_\_\_\_, גרוש: \_\_\_\_\_, אחר: \_\_\_\_\_

נמצא בבית/ מוסד זמני/ אחר: \_\_\_\_\_

אבחנות רפואיות:

אבחנה	טיפול	סיבוכים בהווה + תדירות התקפים

הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ניתוחים:

הניתוח	סיבוכים בהווה

בדיקת מעבדה פתולוגית:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

צילומים פתולוגיים:

\_\_\_\_\_

מצב תפקודי: (יש להקיף את המצב בעיגול).

1. מצב ההכרה: מלאה / מעורפלת / חוסר הכרה.
2. התמצאות: מלאה / חלקית / אינו מתמצא (במקום ובזמן).

3. תקשורת: תקינה / הפרעות בדיבור / קשיי שפה / אחר: \_\_\_\_\_
4. ראייה: תקינה / לקויה / עיוורון / אחר: \_\_\_\_\_
5. שמיעה: תקינה / לקויה / חירשות / אחר: \_\_\_\_\_
6. נידות: עצמאי / עצמאי עם מכשירים / עצמאי רק בבית / בכסא גלגלים קבוע / אחר: \_\_\_\_\_
7. תנועת גפיים: תקינה / הפרעות בידיים / \_\_\_\_\_ / הפרעות ברגליים / \_\_\_\_\_
- אחר: \_\_\_\_\_
8. רחיצה: תקינה / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: \_\_\_\_\_
9. אכילה ושתייה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / זונדה / אחר: \_\_\_\_\_
10. הלבשה: עצמאי / עזרה חלקית / עזרה מלאה / אחר: \_\_\_\_\_
11. הפרשת שתן: ספונטנית / הפרעות / צנתר / פנרוס / אחר: \_\_\_\_\_
12. פעולת מעיים: רגילה / זקוק למשלשלים / ללא שליטה / אחר: \_\_\_\_\_
13. שינה: זקוק לתרופות / זקוק לדפנות / אחר: \_\_\_\_\_
14. אחר (פרט): \_\_\_\_\_

בעיות סיעודיות והמשך טיפול: (צנתר, פצע לחץ, מכשירים, פיזיותרפיה וטיפולים אחרים).

עזרה סיעודית מטעם הקהילה:

1. מט"בית: \_\_\_\_\_

2. שעות סיעוד מאושרות מביטוח לאומי: \_\_\_\_\_

3. אחר: \_\_\_\_\_

מעורבות משפחתית: \_\_\_\_\_

(תאריך ושעה)

(חתימה ידנית)

(שם הרופא)