



הקף בעיגול:

מועמד: צ"א / שלדג / 669

שאלון רפואי למועמד לקורס טיס/ יחידות ההתנדבות

שאלון רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	לשכת גיוס
-----------	----------	---------	------------	-----------

הערות לרופא:

- I. אם פנה/פנתה אליך המועמד/ת ב- 3 השבועות האחרונים, אנא ציין את הסיבה והטיפול בבעייתו/ה.
- II. במידת האפשר, נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.
- III. אם עברה/ה ביופסיות – נא צרף תוצאות תשובות היסטולוגיות.

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

מקום האשפוז והמועד/ פרוט	האם אושפז/ה בגין מצב?		האם סובלת/ת מהמצב?		מצב רפואי
	סמן ב-X במשבצת המתאימה	כן	סמן ב-X במשבצת המתאימה	כן	
					1. מחלות נירולוגיות (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 דכי עיכול והכבד
					10. מחלות פרקים
					11. הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)
					12. ממאירות
					13. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי
					14. סמים ואלכוהול
					15. האם בטיפול רפואי קבוע?
					16. האם קיימת רגישות לתרופות?
					17. האם קיימת רגישות למזון/עקיצות?
					18. האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע?
					19. האם עברה/ה ניתוחים (כולל ניתוח לייזר להסרת משקפיים- LASIK או כן מתי? (Refractive surgery)?
					20. מחלות תורשתיות
אם כן, פרט:					21. האם היו במשפחה מקרים של מחלה לבבית/תמותה מתחת לגיל 50 ?

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

חתימה וחותמת

פרטי הרופא: שם (פרטי + משפחה)

תאריך

מרפאה תעופתית- ירפ"א:
 מס' טלפון אזרחי: 03-7379160
 מס' פקס אזרחי: 03-7377447
מדור צוות אויר: 03-7377754/3986/4569