

טופס למילוי ע"י הרופא

לטופס זה חובה לצרף סיכום מחלה מבית החולים

לרופא המטפל שלום, בזמן הקרוב יצא ילד בטיפולך למחנה נופש, המידע חשוב לצוות הרפואי המטפל בזמן המחנה על מנת למנוע סיבוכים בעקבות חוסר מידע מפורט מספיק. תודה על שיתוף הפעולה.

שם החולה: _____
 אבחנה כולל מיקום _____ תאריך אבחנה ____/____/____
 מטופל בהתאם לפרוטוקול _____
 מהלך מחלה (טיפולים וסיבוכים מאז האבחנה ועד היום) _____

מטופל בטיפול ביולוגי: כן / לא עד תאריך: ____/____/____ שם התרופה: _____
 בעיות ידועות, תדירות הבעיה והטיפול שלכם (פירכוסים, כאבי ראש, ניתוחים, שאנטים וכו'..)

תאריך טיפול אחרון ומה הוא כלל _____
 טיפולים מתוכננים לתקופת המחנה _____

תאריך סיום טיפול אקטיבי ____/____/____ תאריך סיום טיפול אחזקתי ____/____/____
 (אם עדיין לא הסתיימו תאריך משוער)

ספירת דם אחרונה בתאריך ____/____/____ WBC _____ HB _____ PLT _____ %GRN _____
 ביוכימיה אם רלוונטית _____

צנתר כל שהוא כן/לא היקמן / פרוטקט / פיק ליין / אחר _____ האם יש צורך בשיפה כן/לא
 הגבלות בפעילות _____ רגישות לתרופות _____
 רגישות למזון _____ אחר _____
 הערות _____

הריני מאשר בזה כי _____ יכולה להשתתף במחנה לפי ההוראות הנ"ל.
 שם הרופא _____ ביה"ח _____

טל' בבית _____ טל' בעבודה _____ נייד _____
 דוא"ל _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____

במקרה והרופא החתום על הטופס אינו הרופא המטפל נא למלא לצורך חרום

שם הרופא המטפל _____ ביה"ח _____ טל' _____ נייד _____

את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059

או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG ווצאפ: 058-634-5584