

טופס מותאם למייל במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שלוחים



שלחו את הטופס
בדו"ר אלקטרוני או
בfax, בהתאם להנחיות
המפורטות מטה.

מלאים



מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו
את שמכם וסמןו בתיית הסימון לצד שמכם.

שומרים



הורידו את הקובץ
ושמרו אותו על
המחשב, באמצעות
כפתור **Download**

אל תשכח לשומר (save)

בטפסים בהם נדרשת החתימה
ידנית לא ניתן לחתום דרך
המחשב. הדפיסו את המסמך
וחתמו עליו בעט.

הקובץ לא נפתח?
יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסת העדכנית של תוכנת אдобוי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת
על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם לאתר Adobe](#)

אם התוכנה מותרינה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשר והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצליחם?
[למדו נוספת על פתרות קבצי PDF והתקנת תוכנת אдобוי רידר](#)

אנא שיכו לב לcker שמידע הנשלח באמצעות דוא"ר אלקטרוני עלול להיחשף לפני גורמים לא רצויים בראשת האינטרנט.
בעצם נשלוח כיצד למכבי שירותי בריאות באמצעות דוא"ר אלקטרוני, הנכם פוטרים את מכבי שירותי בריאות
מהאחריות לדיליפת המידע לגורמים לא רצויים בראשת האינטרנט, וזאת לפני הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



הנחיות לקראת הערכה במכון בריאטרי במכבי - מעל גיל 18

שלום רב,

ניתוח בבריאטרי מותנה בקבלת אישור מוקדים של המכון הבריאטרי של מכבי, לאחר קיום מפגש הערכה טרומ ניתוח.

הערכה טרומ ניתוחית כוללת מפגש עם צוות רב ממקצוע רפואי מילוי ומנוסה (רופא/ה, תזונאי/ת ועובד/ת סוציאלי/ת). אורך השהייה במרפאה לצורך ההערכתה הינו כשתים. מכתב סיכום הכולל את החלטת המכון בדבר אישור הניתוח, ישלח אליו באופן שיוצג בשאלון האישוי. לידעתך, צוות המכון יעמוד לרשותך הן בהכנה לקראת הניתוח והן בעקב פרטני וקבוצתי לאחר הניתוח.

יש לפעול בהתאם לשלבים הבאים:

1. לפנות לרופא/ה המטופל/ת לקבלת הפניות לביצוע הבדיקות הנדרשות:

א. בדיקות דם:

- רמות גליקוז בצום
- לחולי סוכרת רמת HbA1C
- תפקודי כליה: אוריאה, קראטינין
- פרופיל שומנים בדם: (コレsterol, LDL+HDL, טריגליקידים)
- תפקודי CBD: ALT, AST, ALP
- אלבומין, חלבון
- ברזל, פריטון, B12, חומצה פולית, ויטמין D, טרנספרין
- ספירת דם מלאה
- תפקודי קריישה
- תפקודי בלוטת התירס – TSH

ב. בדיקות לב: א.ק.ג (בכידה ווש בעיה קרדיאלית נא לבצע אקו לב ויעוץ קרדיאלי)

ג. צילום חזה

ד. צילום ושט קויבה ותריסרין או גסטרוסקופיה עדכני ל-6 החודשים האחרונים.

ה. K.P (אולטרסאונד) כבד ודרכי מורה.

2. עם תום ביצוע הבדיקות יש להזכיר לרופא/ה המטופל/ת לצורך קבלת הפניה להערכת טרומ ניתוחית במכון הבריאטרי.

3. רק לאחר סיום ביצוע הבדיקות יש למלא שאלון אישי המכשור למטה.

4. לזכון תור למפגש הערכה טרומ ניתוחית במכון הבריאטרי - יש לפנות למוקד זיכרון טלפוני 35555* או טלפון 1-700-53-53-1.

- תוקף הבדיקות חצי שנה

יש לשלוח את השאלה את השאלון בפקס או בדואר האלקטרוני למכון הבריאטרי שבו נקבעה ההחלטה.

מכון בריאטרי	פקס	דו"ר אלקטורי
חיפה	073-2284380	Bariatric_northg@mac.org.il
נוף הגליל	073-2284381	Bariatric_northn@mac.org.il
בני ברק	03-7178287	merkaz_bariatric@mac.org.il
באר שבע	073-2284621	bari_fax@mac.org.il
ראשון לציון	073-2284441	Bariatric@mac.org.il
אשדוד	073-2284716	mahonbari@mac.org.il
ירושלים	076-8893337	beriatric_jr@mac.org.il

במועד המפגש שנקבע לך במכון הבריאטרי, عليك להביא את המסמכים הבאים:

1. מכתב הפניה מרופאה/ה מטפל/ת.
2. מכתב מסכם מדיאטנית במכבי אודות הליך הינה לקרהת הערכה טרומ בריאטרית ומעקב תזונתי הכלול 3-6 פגישים בחצי השנה האחרונות.
3. תשובות לביקורות הרשותות מעלה.
4. שאלון אישי מלא.
5. במקרה של ניתוח חזר מעלה – יש להביא בנוסף מכתב ייעוץ מכירורגית מתנה/ת.
6. במקרה שהןך נוטל/ת טיפול/ת רפואיות פסיכיאטריות – יש להביא בנוסף מכתב ייעוץ מרופא פסיכיאטר.
7. מבוגרים מעל גיל 70 – יש צורך מכתב ייעוץ רפואי גראטרית או מרופא/ה גראטרית/ת.

לא המסמכים הנדרשים לא נוכל לבצע הערכה טרומ ניתוחית.

למי שאינו/ה דובר/ת עברית – יש להגיע לפניות ההערכתה בליווי איש קשר דובר עברית.
למבוגרים מעל גיל 64 או לננות חזר – חוות הדעת של המכון הבריאטרי תועבר לאישור **נוספ** של ועדת חריגים לניטוחים רפואיים במכבי. תשובה ועדת חריגים תשלוח בדואר תוך חודש.

על כל ביטול או שינוי בתור שנקבע, יש להודיעו למועד זימון תורים *3555 או בטלפון 53-53-50-700-1.

טלפונים וכותבות של המכונים הבריאטריים של מכבי ניתן למצוא במודריך השירותים באתר מכבי באינטרנט כתובות: www.maccabi4u.co.il.

בברכה,

צוות המכון הבריאטרי

שאלון אישי - טרום ניתוח בריאטרי (מבוגרים מעל גיל 18):
מכבי שירותי בריאות - מרכז בריאטרי

סיום ביצוע הבדיקות הנדרשות והעברת השאלה המלאה הם תנאי מוקדים לקביעת מועד מפגש הערכה. יש למלא את השאלה בשפה העברית. יש למלא את השאלה שאלון להערכת הלקוח, הלקוח והמאבטח הרואים. עצם הפניה אלינו מפנהה לר' חיסין רפואו כמפורט בחוק. על מנת שנוכל להזכיר למפגש באופן היסודי ביותר, אנו מבקשים למלא את כל הפרטים בשאלון זהה לקרה המפגש.

נתוניים אישיים:

שם ושם כושפהה:	שם' ת.ז (ו ספרות):
תאריך לידיה:	שנת עלייה: ארץ לידיה:
טלפון:	מוס' נייד:
כתובת קבוצהה:	
כיצד תירצה/י לקבל את תשובה המכון הבריאטרי? אני סכונ/י אחת מן האפשרויות: כתובת דוא"ל: _____ מוס' פקס: _____	
כתובת למשולוח דואר: _____	
מצב משפחתי נכון: רוק/ה נשוי/אה גרוש/ה אלמן/ה	מוס' ילדים: גילאו הילדים:
עם מי את/ה מתגורר/? שנות לימוד:	
אם את/ה עובד/ת בשנים האחרונות? כן לא אם הייתה תקופה בה לא עבדה בשל בעיות רפואיות / אישיות / נפשיות? כן לא אם כוחה זמין לא עבדת, ב-5 שנים האחרונות בגלל בעיות אלו?	

רקע רפואי:

שם רופא מטפל (משפחה): _____

פירוט טיפול רפואי	גורם מטפל (רופא משפחה / רופא תקצועי / מכון)	כועד אבחון	ביקורת נפשיות	בדיקות רפואיות / ניתוחים בעבר

לנשים:

אם את מקבלת מוחזור באופן קבוע? כן לא

אם את נוטלת גולות למניעת הריון? כן לא אם כן, פרטי: _____

אם את מתכנתת הריון בשנה הקרובה? כן לא

אם יש לך קרובוי משפחה מדרגה ראשונה (אב/אם/אח/חות/בן/בת) הסובלים ממחלות כרוניות או ממחלת נפשית?

סוג המחלת (כגון: סוכרת, דיכאון וכו')	קירבה

אנא ציין/י באיזו מידה ההתנהוגות הבאות מאפיינית אותה:

הנתנהוגות	כן	לא	תדירות	כמויות	האם השתתפת בטיפול לגמילה	מידת ההצלחה בטיפול
שתייה אלכוהול	כן	לא				
שימוש סיגריות	כן	לא				
צריכת סמים	כן	לא				

מתי ויכיזד שמעת על האפשרות לבצע נייטה לטיפול בהשMONת יתר?

מה אתה/ת יודע/ת על הניתות?

האם קיבלת הסבר מאייש מוקצוע על הניתות? כן לא

רקע תזונתי ורגלי אכילה: أنا מלא/י את כל הפרטיהם הנ"ל:

מما זה גיל את/ה סובל/ת מועדר משקל?

מהן לדעך הסיבות העיקריות להשמנה שלך?

כמה זמן שומרת על משקל זה?	מה המשקל <u>הנמוֹן</u> ביותר אליו הגעת בשנים האחרונות?
כמה זמן הייתה במשקל זה?	מה המשקל <u>הגבוה</u> ביותר אליו הגעת בשנים האחרונות?
אם כן, פרט/י:	האם יש לך קרובוי משפחה שסובלים מועדר משקל? (אב/אם/ילדים): כן לא
מazel שהגעת לבגרות, האם מושך לך?	
פעילות גופנית: האם את/ה מבצע/ת פעילות גופנית? כן לא	
אם כן, פרט/י סוג + תדיות:	

אני, פרט/י את הניסיונות העיקריים הקודמים לרדת במשקל:

שם המוסגרת (כגון שוכרי משקל, ד"ר חרכמן, דיאטנית, וכו')	זמן?	למושך כמה זמן?	ירדת? האם / כמה	כמה מותוך הטיפול עזר לי	כמה מותוך הטיפול פגע, הדיק או לא תרם?

הרגלי אכילה בהוותה:
מהם הרגלי האכילה הלא טוביים שלו?

כל יום	מספר פעמים בשבוע	פעם בשבוע	פעם בחודש	פעם בחודש / כלל לא	
					אכילת כמות גדולה בזמן קצר, מלואה בתחשות חוסר שליטה
					شنושים בלתי פוסקים במהלך היום
					אכילה בסתר
					דילוג על ארוחות
					הקאות
					אכילת כמות גדולה

האם במשך השנה, הרגשת חוסר שליטה על האכילה שלו? כן לא
 האם במשך השנה השתמש בחוקנים / משלשלים / מושתנים או תרופות אחרות על מנת לדודת במושקל? כן לא
 אם כן, אני פרט/י:

הרגלי אכילה המשך - סיכון/X בנסיבות המתאים:

מעל 90%	75%	50%	25%	10%	
					באיזה אходו מוהום, את/ה מזא/ת את עצמן חשוב/ת על אוכל או על הכנת אוכל?
					באיזה אходו מזהן את/ה מודעת/ת למה שאות/ה אוכל/ת?
					באיזה אходו מזהן את/ה מזופיע/ת לאכול לפחות 2 ארוחות מוזננות ומותכניות ביום?
					עד כמה את/ה מגדיר/ה את עצמן כאדם שאוכל מוסדר?

הרגלי אכילה המשך - סמן/י X במשבצת המותאמת:

5 - מואוד	4	3	2	1 - כלל לא	
					עד כמה את/ה מאמון/ה שמשקל גוף הקשור להתנהגות שלך?
					עד כמה את/ה מחייב/ת לשומר על אורח חיים בריא יותר?

כמה הייתה רצוחה לשකול השנה לאחר הניותות:

כמה את/ה מאמין/ה שתוכל/י לשcool, באופן מציאותי לאחר הניותות?

באיזה משקל את/ה מרגיש/ה הכי בנוח?

אם ההערכה העצמית שלך מושפעת מ��ומי גוף / משקלך? כן לא

מה הקשיים איתם את/ה מותכווד/ת כשאת/ה מנסה לשומר על המשקל?

מה ת策רקי לשות בשביל שהניותות יצליחה?

אלו שינויים תזונתיים ידרשו מכך לאחר הניותות?

איך תדוע/י שהצלחת?

אם סיפרת למשהו שאתה/ה מעוניין/ת לעבור ניתוח?

אם בתקופה האחרונה הייתה במצב רוח ירוד או בסטרס, לחץ? כן לא
 איך הייתה מדרגת את מידת הלחץ בחיי היום שלך? 5 = מזוקה בלתי נסבלת (1 = אין לחץ, 5 = מזוקה בלתי נסבלת)

מהו המקור העיקרי של הלחץ בחירות? (סיכון/ בעיגול)
 משפחה מצבכלכלי בריאות לימודים חברה אחר - נא לפרט:

אם חוות הוויה טראומטית או אירע חריג שהשפיע על חירותך? לא כן, נא לפרט:

כיצד את/ה מבלאת את רוב זמנק הפנו?: טלויזיה משפחה חברים מסעדות ספורט חוגים אחר - נא לפרט:

מה הציפיות שלך מוניות?

מהם הייתרונות של להישאר במשקל הנוכחי ולא לפעול לשינוי?

מהם החסרונות של להישאר במשקל הנוכחי ולא לפעול לשינוי?

מהם הייתרונות של ביצוע ניתוח לירידה במשקל?

מהם החסרונות של ביצוע ניתוח לירידה במשקל?

מה אתה/ה עושה כתע על-מנת להתמודד טוב עם בעית ההשמדה?

כיצד את/ה מזכיר/ת שהייר ישתנו כמנה לאחר הניתוח?

כיצד חשים אנשים בסביבת הקрова לגבי הניתוח? האם יש כאלו המותגדים לניתוח? אם כן, מדוע?

אם את/ה מרגיש/ה שקיימות תכוכה משפחתית לקיום הניתוח?

מה החששות שלך מbijouter ניתוח לירידה במשקל?

אם ישנים קשיים מוחם את/ה סובל/ת, פרט לביעות ההשמנה:

לABI כל אחד מהתחומים הבאים, עד כמה את/ה חושב שאת/ה שומר/ת על גבולות בצורה מותאמת?

- 5 שליטה מלאה	4	3	2	- 1 אין שליטה בכל	
					אכילה
					כספיים
					ניהול זכון

טיפולים נוספים קודמיים ו/או מקבילים:

האם עדין יש קשר עם המטופל/?	תקופה בה התקיים הטיפול	שם המטופל/ <i>t</i>	סוג הטיפול (פסיכולוג, פסיכיאטרי, זוגי...)	שם המוסגרת (клиיניקה פרטית, מרפאה ציבורית, בקופת חולים...)

האם יש כושו נוסף שאת/ה חושב/ת שכדי שנדע עלייך?
(ניתן להוסיף בחלק זה המשך לשאלות מהשאלון או כל מידע שהיית רוצה לציין):

תודה על מילוי השאלה!

ברכה,

צוות מכון בריאותרי