

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו ☒ בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

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

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות Download

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



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



הנחיות לקראת הערכה במכון בריאטרי במכבי - מעל גיל 18

שלום רב,

ניתוח בריאטרי הינו מהלך הדורש התאמה והכנה לטובת הצלחתו.
ניתוח בריאטרי מותנה בקבלת אישור מקדים של ועדה בריאטרית במכון הבריאטרי של מכבי.
לקראת הוועדה עליך לעבור תהליך הכנה הכולל מספר שלבים.
בתום תהליך זה יתקיים דיון מקצועי שיקבע את מידת המוכנות שלך לניתוח ואת המשך התהליך לקראתו.

שלב א' בדיקת התאמה לניתוח

בפגישה עם רופא המשפחה תיבדק מידת ההתאמה שלך לניתוח בריאטרי בהתאם לקריטריונים המוגדרים ע"י משרד הבריאות.
לא ניתן להתחיל בתהליך ההכנה לניתוח ללא עמידה בקריטריונים שנקבעו.

שלב ב' תהליך ההכנה לניתוח / תהליך ההכנה לקבלת אישור מקדים לניתוח

במידה ונמצאת מתאים לניתוח, תופנה ע"י רופא המשפחה לביצוע בדיקות נדרשות, הרצאה טרום ניתוח, מפגשי הכנה עם דיאטנית, הפניה למכון הבריאטרי לוועדת הערכה טרום ניתוח.

בדיקות נדרשות (תוקף הבדיקות 6 חודשים):

א. בדיקות דם:

- רמת גלוקוז בצום
- לחולי סוכרת רמת HbA1C
- תפקודי כליה : אוריא, קראטינין
- פרופיל שומנים בדם : (כולסטרול, LDL+HDL, טריגליצרידים)
- תפקודי כבד : ALT, AST, ALP
- חלבון כללי, אלבומין
- ברזל, פריטין, טרנספריין, B12, חומצה פולית, ויטמין D
- ספירת דם מלאה
- תפקודי קרישה
- תפקודי בלוטת התריס TSH

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

ג. צילום חזה

ד. צילום ושט קיבה ותריסריון או גסטרוסקופיה עדכני ל-6 החודשים האחרונים

ה. U.S (אולטרסאונד) כבד דרכי מרה

הרצאה טרום ניתוח

מומלץ עוד לפני ביצוע הבדיקות ומפגשי ההכנה להשתתף בהרצאה טרום ניתוח כדי לקבל רקע חשוב על הניתוח, תהליך ההכנה והשינויים הנדרשים לאחר הניתוח. ההרשמה להרצאה דרך מכבי ללא הפסקה, מוקד זימון תורים או דרך המשר"ות במרכז הרפואי באזור מגוריך.

מפגשי הכנה

הדיאטן/נית: בין 3-6 מפגשים לפי שיקול מקצועי של הדיאטנית. פגישה ראשונה ופגישה אחרונה צריכות להיות פרונטלית במרפאה. הפרש בין פגישות לפחות שבועיים. יתכן ולאחר הועדה תידרש להשלמת פגישות נוספות. על מנת למנוע השלמת פגישות מומלץ לקיים 6 מפגשים במסגרת תהליך הכנה מקיף לפי הנחיות הדיאטן/נית. **עובדת סוציאלית:** יתכן ולאחר הועדה תידרש לקיים מפגשי הכנה עם עובדת סוציאלית או פסיכולוג/ית.

שלב ג' דיון בוועדת הערכה טרום ניתוח

בסיום ביצוע הבדיקות ומפגשי ההכנה עליך לקבוע תור לוועדת הערכה טרום ניתוח. בוועדת ההערכה תיפגש עם רופא, דיאטנית ועובדת סוציאלית. אורך השגייה במכון לצורך ההערכה הינו כשלוש שעות. מכתב סיכום הכולל את החלטת המכון בדבר אישור הניתוח, ישלח אליך בדואר או בדוא"ל. באם תאשר הוועדה את הליך ההכנה לניתוח תקבל הודעה לגבי האישור ותוכל לתאם תור לניתוח בבית החולים המנתח. יתכן ולא תאושר מידית לניתוח ותידרש לבצע השלמות כלשהן כגון בדיקות רפואיות נוספות, מפגשי הכנה תזונתיים נוספים או מפגשי הכנה רגשים עם עובדת סוציאלית או פסיכולוגית. תקבל הנחיה כיצד להעביר את ההשלמות למכון הבריאתרי לדיון מחודש. באם לא תאושר לניתוח תקבל מכתב הסבר והמלצות לחלופה טיפולית.

זימון תור למפגש הערכה טרום ניתוחי במכון הבריאתרי - במוקד זימון תורים 3555* או

בטלפון 1-700-50-53-53

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

מכון בריאטרי	פקס	דואר אלקטרוני
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, עליך להביא את המסמכים הבאים:

1. מכתב הפניה מרופא/ה מטפל/ת.
2. מכתב מסכם מדיאטנית במכבי אודות הליך הכנה לקראת הערכה טרום בריאטרית ומעקב תזונתי הכולל 3-6 פגשים בחצי השנה האחרונה.
3. תשובות לבדיקות הרשומות מעלה.
4. תוצאות בדיקות על דיסק לא יתקבלו, נא להביא את פענוח הבדיקות בכתב.
5. שאלון אישי מלא.
6. במקרה של ניתוח חוזר מעל שנה - יש להביא בנוסף מכתב ייעוץ מכירורג/ית מנתח/ת.
7. במקרה שהנך נוטל/ת תרופות פסיכיאטריות - יש להביא בנוסף מכתב ייעוץ מרופא פסיכיאטר.
7. מבוגרים מעל גיל 70 - יש צורך במכתב ייעוץ ממרפאה גריאטרית או מרופא/ה גריאטרי/ת.

ללא המסמכים הנדרשים לא נוכל לבצע הערכה טרום ניתוחית.

למי שאינו/ה דובר/ת עברית - יש להגיע לפגישת ההערכה בליווי איש קשר דובר עברית.
למבוגרים מעל גיל 64 או לניתוח חוזר - חוות הדעת של המכון הבריאטרי תועבר לאישור **נוסף** של ועדת חריגים לניתוחים בריאטרים במכבי. תשובת ועדת חריגים תשלח בדואר תוך חודש.

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

טלפונים וכתובות של המכונים הבריאטרים של מכבי ניתן למצוא במדריך השירותים באתר מכבי באינטרנט בכתובת: www.maccabi4u.co.il.

בברכה,

צוות המכון הבריאטרי

מכבי שירותי בריאות מכון בריאטרי

שאלון אישי - טרום ניתוח בריאטרי (מבוגרים מעל גיל 18)

תודה על פנייתך להתייעצות במסגרת המכון.
על מנת שנוכל להכיןך למפגש באופן היסודי ביותר, אנו מבקשים למלא את כל הפרטים בשאלון הזה לקראת המפגש. עצם הפנייה אלינו מקנה לך חיסיון רפואי כמקובל בחוק.
מילוי השאלון הוא חלק מההכנה שלך למפגש הערכה, לכן יש להקדיש לכך את הזמן, הכנות והמאמץ הראויים. יש למלא את השאלון בשפה העברית.
סיום ביצוע הבדיקות הנדרשות והעברת השאלון המלא הם תנאי מקדים לקביעת מועד מפגש ההערכה

נתונים אישיים:

שם ושם משפחה:		מס' ת.ז. (9 ספרות):	
תאריך לידה:		ארץ לידה:	
מס' טלפון:		מס' נייד:	
כתובת קבועה:			
כיצד תירצה/י לקבל את תשובת המכון הבריאטרי? אנא סמן/י אחת מן האפשרויות: כתובת דוא"ל: _____ מס' פקס: _____ כתובת למשלוח דואר: _____			
מצב משפחתי נוכחי:		מס' ילדים:	
רווק/ה		נשוי/אה	
גרש/ה		אלמן/	
עם מי את/ה מתגורר/ת?			
שנות לימוד:		שירות צבאי:	
כן		לא	
האם את/ה עובד/ת בשנים האחרונות? כן לא אם כן, במה?			
האם הייתה תקופה בה לא עבדת בשל בעיות רפואיות / אישיות / נפשיות? כן לא			
אם כן, כמה זמן לא עבדת, ב-5 שנים האחרונות בגלל בעיות אלו?			

רקע רפואי:

שם רופא מטפל (משפח): _____

אבחנות רפואיות / ניתוחים בעבר	אבחנות נפשיות	מועד אבחון	גורם מטפל (רופא משפחה / רופא מקצועי / מכון)	פירוט טיפול תרופתי

לנשים:

האם את מקבלת מחזור באופן קבוע? כן לא

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

האם את מתכננת הריון בשנה הקרובה? כן לא

האם יש לך קרובי משפחה מדרגה ראשונה (אב/אם/אח/אחות/בן/בת) הסובלים ממחלה כרונית או מחלה נפשית?

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

אנא ציין/י באיזו מידה ההתנהגויות הבאות מאפיינות אותך:

התנהגות		תדירות	כמות	האם השתתפת בטיפול לגמילה	מידת ההצלחה בטיפול
שתיית אלכוהול	כן לא				
עישון סיגריות	כן לא				
צריכת סמים	כן לא				

מותי וכיצד שמעת על האפשרות לבצע ניתוח לטיפול בהשמנת יתר?

מה את/ה יודע/ת על הניתוח?

האם קיבלת הסבר מאיש מקצוע על הניתוח? כן לא

רקע תזונתי והרגלי אכילה: אנא מלא/י את כל הפרטים הנ"ל:

מאיזה גיל את/ה סובל/ת מעודף משקל? _____

מהן לדעתך הסיבות העיקריות להשמנה שלך?

מה המושקל הנמוך ביותר אליו הגעת בשנים האחרונות?	כמה זמן שמרת על משקל זה?
מה המושקל הגבוה ביותר אליו הגעת בשנים האחרונות?	כמה זמן היית במשקל זה?
האם יש לך קרובי משפחה שסובלים מעודף משקל? (אב/אם/אחים/ילדים): כן לא	אם כן, פרט/י:
מאז שהגעת לבגרות, האם משקלך יציב?	
פעילות גופנית: האם את/ה מבצעת פעילות גופנית? כן לא	
אם כן, פרט/י סוג + תדירות:	

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

שם המסגרת (כגון שומרי משקל, ד"ר חרמון, דיאטנית, לבד, תרופות)	למשך כמה זמן?	האם / כמה ירדת?	מה מתוך הטיפול עזר לי	מה מתוך הטיפול פגע, הזיק או לא תרם?

הרגלי אכילה בהווה:

מהם הרגלי האכילה הלא טובים שלך?

כל יום	מספר פעמים בשבוע	פעם בשבוע	פעם בחודש	פחות מפעם בחודש / כלל לא	
					אכילת כמויות גדולות בזמן קצר, מלווה בתחושת חוסר שליטה
					נשנושים בלתי פוסקים במהלך היממה
					אכילה בסתר
					דילוג על ארוחות
					הקאות
					אכילת כמויות גדולות

האם במשך השנים, הרגשת חוסר שליטה על האכילה שלך? כן לא

האם במשך השנים השתמשת בחוקנים / משלשלים / משתנים או תרופות אחרות על מנת לרדת במשקל? כן לא

אם כן, אנא פרטי:

הרגלי אכילה המושך - סמן/י X במשבצת המתאימה:

מעל 90%	75%	50%	25%	10%	
					באיזה אחוז מהיום, את/ה מוצא/ת את עצמך חושב/ת על אוכל או על הכנת אוכל?
					באיזה אחוז מהזמן את/ה מודע/ת למה שאת/ה אוכל/ת?
					באיזה אחוז מהזמן את/ה מקפיד/ה לאכול לפחות 2 ארוחות מאוזנות ומתוכננות ביום?
					עד כמה את/ה מגדיר/ה את עצמך כאדם שאוכל מסודר?

הרגלי אכילה המשך - סמן/י X במשבצת המתאימה:

עד כמה את/ה מאמינ/ה שמשקל גופך קשור להתנהגות שלך?	1 - כלל לא	2	3	4	5 - מאוד
עד כמה את/ה מחוייב/ת לשמור על אורח חיים בריא יותר?					

כמה היית רוצה לשקול כשנה לאחר הניתוח:
כמה את/ה מאמינ/ה שתוכל/י לשקול, באופן מציאותי לאחר הניתוח?
באיזה משקל את/ה מרגיש/ה הכי בנוח?
האם ההערכה העצמית שלך מושפעת מממדי גופך / משקלך? כן לא

מה הקשיים איתם את/ה מתמודד/ת כשאת/ה מנסה לשמור על המשקל?

מה תצטרך/י לעשות בשביל שהניתוח יצליח?

אילו שינויים תזונתיים יידרשו ממך לאחר הניתוח?

איך תדע/י שהצלחת?

האם סיפרת למישהו שאת/ה מעוניין/ת לעבור ניתוח?

האם בתקופה האחרונה היית במצב רוח ירוד או בסטרס, לחץ? כן לא

איך היית מדרג/ת את מידת הלחץ בחיי היום שלך? 1 2 3 4 5 1 = אין לחץ, 5 = מצוקה בלתי נסבלת)

מהו המקור העיקרי של הלחץ בחיך? (סמנו/י בעיגול)

משפחה מצב כלכלי בריאות לימודים חברה אחר - נא לפרט:

האם חווית חוויה טראומטית או אירוע חריג שהשפיע על חיך? לא כן, נא לפרט:

כיצד את/ה מבלה את רוב זמנך הפנוי: טלוויזיה משפחה מסעדות חברים ספורט חוגים אחר - נא לפרט:

מה הציפיות שלך מהניתוח?

מהם היתרונות של להישאר במשקל הנוכחי ולא לפעול לשינוי?

מהם החסרונות של להישאר במשקל הנוכחי ולא לפעול לשינוי?

מהם היתרונות של ביצוע ניתוח לירידה במשקל?

מהם החסרונות של ביצוע ניתוח לירידה במשקל?

מה את/ה עושה כעת על-מנת להתמודד טוב עם בעיית ההשמנה?

כיצד את/ה מדמיינת/ת שחיך ישתנו כשנה לאחר הניתוח?

כיצד חשים אנשים בסביבתך הקרובה לגבי הניתוח? האם יש כאלו המתנגדים לניתוח? אם כן, מדוע?

האם את/ה מרגיש/ה שקיימת תמיכה משפחתית לקיום הניתוח?

מה החששות שלך מביצוע ניתוח לירידה במשקל?

האם ישנם קשיים מהם את/ה סובל/ת, פרט לבעיית ההשמנה:

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

5 - שליטה מלאה	4	3	2	1 - אין שליטה בכלל	
					אכילה
					כספים
					ניהול זמן

טיפולים נפשיים קודמים ו/או מקבילים:

שם המסגרת (קליניקה פרטית, מרפאה ציבורית, בקופת חולים...)	סוג הטיפול (פסיכולוגי, פסיכיאטרי, זוגי...)	שם המטפל/ת	תקופה בה התקיים הטיפול	האם עדין יש קשר עם המטפל/ת?

האם יש משהו נוסף שאת/ה חושב/ת שכדאי שנדע עליך?

(ניתן להוסיף בחלק זה המשך לשאלות מהשאלון או כל מידע שהיית רוצה לציין):

תודה על מילוי השאלון!

בברכה,

צוות מכון בריאטרי