

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס במייל או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



2. 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 להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download.

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה לא מותקנת על המחשב שלך, [אפשר להוריד אותה בחינם מאתר Adobe](#)

אם קיבלת הודעה שצריך להוריד או להתקין חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהמשיך בהתקנה לפי ההוראות. משהו לא מסתדר? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

לתשומת לבך?



מידע שנשלח במייל עלול להיות השוף לגורמים לא רצויים באינטרנט. שליחת מידע במייל למכבי שירותי בריאות פוטרת את מכבי מאחריות על דליפת מידע שהתרחשה כתוצאה מהשימוש במייל.

הנחיות לקראת הערכה במכון בריאטרי במכבי - מתחת לגיל 18

שלום רב,

ניתוח "קיצור קיבה" מתבצע בבני נוער הלוקים בהשמנת יתר קיצונית ככלי עזר וכחלק מטיפול רב מקצועי הדורש שינוי באורח חיי המטופל ומשפחתו. לעיתים ביצוע הניתוח לבני נוער שאינם מתאימים מסיבות שונות עלול לגרום לסיבוכים חמורים נפשיים וגופניים. מסיבה זו נדרשת הכנה והערכה מקיפה לפני הניתוח.

ביצוע ניתוח בריאטרי מותנה בתהליך הכנה טרום ניתוחי תזונתי ורגשי ובקבלת אישור מקדים של המכון הבריאטרי של מכבי וכן אישור ועדת חריגים.

הערכה טרום ניתוחית של מתבגר/ת כוללת:

- מפגש הערכה טרום ניתוחי במכון בריאטרי של מכבי שירותי בריאות בלבד. המפגש נעשה עם צוות רב מקצועי מיומן ומנוסה (רופא, דיאטנית ועובדת סוציאלית). משך מפגש ההערכה כשלוש שעות. במפגש זה תתבצע בדיקת התאמה ראשונית לניתוח ותוצג תוכנית להתחלת תהליך ההכנה הטרם-ניתוחית עבור בני נוער שיימצאו מתאימים לניתוח.

על זוג ההורים להגיע עם הנער/ה למפגש ההכונה ומפגש ההערכה הטרם ניתוחי, פרט למשפחות חד הוריות (הורים גרושים - שני ההורים צריכים להגיע).

- לאחר מפגש ההערכה על המתבגר/ת ומשפחתו להשתתף בתכנית הכנה תזונתית הכוללת 8-12 מפגשי הכנה רגשית ו-8-12 מפגשי הכנה תזונתית במהלך של חצי שנה. המפגשים ייערכו באחד ממכוני הבריאטריה של מכבי.
- עם סיום התוכנית בהצלחה יינתן אישור לניתוח. אין לקבוע תאריך לניתוח לפני קבלת אישור סופי לניתוח מן המכון הבריאטרי.

מומלץ לקרוא את ההנחיות בעיון רב ולפעול בהתאם לשלבים הבאים:

1. לפנות לרופא המטפל לצורך קביעת התאמת הנער/ה לניתוח לפי הקריטריונים המפורטים בחוזר "מנהל רפואה" של משרד הבריאות. סף הדרישות לניתוח מבחינת BMI ומחלות רקע שונה מזה של מבוגרים. וקבלת הפניה למכון הבריאטרי וביצוע הבדיקות הנדרשות.

2. ביצוע בדיקות נדרשות:

א. בדיקות דם:

- רמת גלוקוז בצום. לחולי סוכרת רמת HbA1C.
 - תפקודי כליה: אוריאה, קראטינין.
 - פרופיל שומנים בדם: (כולסטרול, LDL+HDL, טריגליצרידים).
 - תפקודי כבד: AST, ALT, ALKP.
 - אלבומין.
 - ברזל, פריטין, 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 ותריסרון או גסטרוסקופיה עדכני ל-6 החודשים האחרונים.
- ה. U.S (אולטרסאונד) כבד ודרכי מרה.

1. הפניה למרפאת הפרעת אכילה או לפסיכיאטר ילדים - לצורך הערכה פסיכיאטרית של המתבגר והמוכנות המשפחתית לקראת ניתוח בריאטרי.
2. צילום גיל עצמות / ייעוץ אנדוקרינולוג.
3. יש לזמן תור למכון הבריאטרי למפגש הערכה מול הוועדה - במוקד זימון תורים *3555 או בטלפון 1-700-50-53-53
4. לאחר סיום ביצוע הבדיקות יש למלא שאלון אישי להורים ולמתבגר/ת המצורף מטה.
חובה למלא את כל השאלון!

יש לפקס את השאלון למכון הבריאטרי בו נקבע תור הערכה:

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	Bariatric_jr@mac.org.il

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

במועד המפגש שנקבע במכון הבריאטרי, עליך להביא את המסמכים הבאים:

1. מכתב הפניה מרופא מטפל.
2. מכתב ייעוץ מרופא פסיכיאטר ילדים הכולל התייחסות למידת התאמתו של המתבגר לביצוע ניתוח בריאטרי, שלילת מחלות רקע שונות כולל הפרעות אכילה וכן התייחסות למידת המוכנות המשפחתית לתמיכה בתהליך.
3. מכתב ייעוץ רופא אנדוקרינולוג הכולל חוות דעת על תהליך הגדילה וביצוע הניתוח.
4. חוות דעת פסיכולוג במידה ונמצא בטיפול פסיכולוגי (בנוסף לחוות דעת מהפסיכיאטר).
5. תוצאות הבדיקות המקיפות המצוינות לעיל. תוצאות בדיקות על דיסק לא יתקבלו, נא להביא את פענוח הבדיקות כתובות על גבי נייר.
6. שאלון אישי מלא (מצורף).
7. התחייבות הורים חתומה (מצורף).
8. ניתוח חוזר מעל שנה - יש להביא מכתב מכירורג מנתח.

ללא המסמכים הנדרשים לא נוכל לבצע הערכה טרום ניתוחית.

מכתב סיכום כולל את החלטת המכון בדבר אישור הניתוח, ישלה להורים.
למי שאינו דובר עברית - יש להגיע לפגישת ההערכה בליווי איש קשר דובר עברית.
לבני נוער עד גיל 16 - חוות הדעת של המכון הבריאטרי תועבר לאישור נוסף של ועדת הריגים במכבי.
תשובה מועדת הריגים לניתוחים בריאטרים מתקבלת לאחר כחודש ימים.
לניתוח חוזר מעל שנה - חוות הדעת של המכון הבריאטרי תועבר לאישור נוסף של ועדת הריגים במכבי.

לכבוד,
מכון בריאטרי
מכבי שירותי בריאות

הנדון: התחייבות הורים לגבי תמיכה לאחר ניתוח בריאטרי

הריני מצהיר/ה בזאת על תמיכתי בקיום ניתוח בריאטרי לבני/בתי _____ ת.ז. _____

ידוע לי כי ניתוח בריאטרי מהווה רק חלק קטן מטיפול בבעיית עודף המשקל וכי שינוי באורח החיים המשלב הרגלי אכילה נכונים ופעילות גופנית מבוקרת מהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול. ואני מתחייב להביא את בני/בתי למעקב תזונתי מסודר עד גיל 18 או לפי המלצת המטפלים.

כמו כן ידוע לי כי ניתוח בריאטרי דורש מעקב רגשי (עובדת סוציאלית או פסיכולוג) בקהילה לפני ואחרי הניתוח ואני מתחייב להמשיך מעקב כזה לבני/ ביתי לפחות שנה לאחר הניתוח או לפי המלצת המטפלים.

אני מתחייב להביא את בני/בתי לכל מעקב רפואי הנדרש לפני ואחרי הניתוח וכל זאת על מנת לשמור על בריאותו הגופנית והנפשית ולעזור לו בתהליך הירידה במשקל.

טלפון:	כתובת:	תאריך:

שם ההורה:	ת.ז.:	חתימה:
שם ההורה:	ת.ז.:	חתימה:

מכבי שירותי בריאות - מכון בריאטרי שאלון אישי - טרום ניתוח בריאטרי (מתבגרים - מתחת לגיל 18):

תאריך מילוי הטופס: ____ / ____ / ____ מולא ע"י _____

פרטים אישיים:

שם פרטי:	שם משפחה:	מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	תאריך לידה:
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מין: זכר נקבה	כיתה:
רחוב:	מס':	שכונה:	מיקוד:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	דואר אלקטרוני:	

רקע:

באיזה מסגרת לימודית את/ה לומד/ת? (שם המסגרת והעיר)

מהן שעות הלימוד? משעה: _____ עד שעה: _____

מיקומך בסדר הילדים במשפחה: (סמני/י):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 יותר

האם את/ה סובלת/ת מומחלות ו/או בעיות רפואיות כלשהן? כן לא

אם כן, פרטי: _____

האם יש מניעה רפואית כלשהיא לעסוק בספורט? כן לא

אם כן, פרטי: _____

האם את/ה מקבלת/ת תרופות כלשהן באופן קבוע (כולל ריטלין לסוגיו)? כן לא

אם כן, פרטי: _____

באיזו מידה את/ה מסוגלת לבצע שינוי באורח חיך?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
לא מסוגלת					מסוגלת מאוד				

איך היית מציגה את המוטיבציה שלך לרדת במשקל?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
מוטיבציה נמוכה מאוד					מוטיבציה גבוהה מאוד				

אורחות חיים - פעילות והרגלי אכילה

פעילות גופנית

האם את/ה מבצעת פעילות גופנית? כן לא

באיזו מסגרת? (במסגרת בית ספר/ מסגרות אחרות):

באיזו תדירות? 1-2 בשבוע 3 פעמים בשבוע ויותר

כמה שעות בממוצע ביום את/ה מבלה מול מסכים? (טלוויזיה/ מחשב/ סלולארי/ אייפד)

הרגלי אכילה

האם את/ה צמחונית/ טבעונית? כן לא

האם את/ה נוהגת לאכול ארוחת בוקר? כן לא

האם את/ה נוהגת לאכול פירות וירקות מדי יום? כן לא

האם נהוג אצלכם בבית לאכול ארוחות מסודרות? כן לא

באיזה תדירות את/ה שותה משקאות ממותקים?

אף פעם לעיתים רחוקות 1 ביום 2 ביום 3 ביום או יותר

באיזה תדירות את/ה אוכלת במסעדות של מזון מהיר?

אף פעם לעיתים רחוקות 1 בשבוע 2 בשבוע 3 בשבוע או יותר

באיזה תדירות את/ה אוכלת הטיפים (מתוקים או מלוחים)?

אף פעם לעיתים רחוקות 1 ביום 2 ביום 3 ביום או יותר

באיזה מידה את/ה נוהגת לנשנש בין הארוחות?

לעיתים רחוקות לעיתים רוב הזמן כל הזמן

האם את/ה אוכלת ארוחה אחת ביום עם המשפחה / בן משפחה?

לעיתים רחוקות לעיתים רוב הזמן כל יום

האם את/ה אוכלת: לאט רגיל מהר

מהם הרגלי האכילה הלא טובים שלך? מלא/י את הטבלה:

- 5 כל יום	- 4 מספר פעמים בשבוע	- 3 פעם בשבוע	- 2 פעם בחודש	- 1 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

מהם הרגלי האכילה הלא טובים שלך? מלא/י את הטבלה:

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

דימוי עצמי

איך את/ה מרגיש/ה עם משקל גופך? עם עודף משקל רב מעט בעודף משקל במשקל תקין

שאלון הערכה עצמית: על פי Rosenberg 1965

לפניך רשימה של תיאורים העוסקים בהרגשתך המרכזית אודות עצמך. סמן/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם כל משפט:

- 4 מאוד לא מסכימ/ה	- 3 לא מסכימ/ה	- 2 מסכימ/ה	- 1 מאד מסכימ/ה	
				בסך הכל אני מרוצה מעצמי
				לפעמים אני חושב/ת שאינני שווה דבר
				אני חושב/ת שיש לי מספר תכונות חיוביות
				אני מסוגל/ת לעשות דברים באותה מידת הצלחה כמו רוב האנשים
				אני חושב/ת שאין לי סיבות רבות להיות גאה בעצמי
				אני חושב/ת שאני אדם בעל ערך לפחות במידה שווה לאחרים
				אני מרגיש/ה שווה לילדים אחרים
				הרבה פעמים אני מרגיש/ה שאני כישלון
				יש לי דעה חיובית כלפי עצמי
				הייתי רוצה שיהיה לי יותר כבוד עצמי

ניתוח בריאטרי

היכן שמעת על הניתוח?

רופא הילדים/ רופא המשפחה חברים שביצעו אינטרנט/ עיתון אחר: _____

של מי הייתה היוזמה לביצוע הניתוח?

אבא אמא יוזמה אישית שלי אחר: _____

האם ההורים שותפים להחלטה לביצוע הניתוח? כן לא

מי מבין ההורים דומיננטי יותר בנושא אורח החיים בבית? (מבשל, עורך הקניות, שוהה זמן רב יותר בבית, מגיש

את הארוחות וכו') _____

באיזה מידה את/ה מעוניין/ת לבצע את הניתוח?

מעוניין/ת במידה רבה מאוד מעוניין/ת במידה רבה מעוניין/ת במידה רבה לא מעוניין/ת אדיש/ה

באיזה מידה, לדעתך, הוריך מעוניינים שתבצע/י את הניתוח?

מעוניינים במידה רבה מאוד מעוניינים במידה רבה מעוניינים לא מעוניינים אדישים

תודה על שיתוף הפעולה.

שאלון הורים - טרום ניתוח בריאטרי (מתבגרים - מתחת לגיל 18):

תאריך מילוי הטופס: ____ / ____ / ____ מולא ע"י _____

פרטים אישיים

פרטי ההורים

שם פרטי האב:	שם משפחה האב:	עיסוק:	תאריך לידה:
טלפון נייד:		דואר אלקטרוני:	

שם פרטי האם:	שם משפחה האם:	עיסוק:	תאריך לידה:
טלפון נייד:		דואר אלקטרוני:	

פרטי הילד/ה

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז. (9 ספרות)	תאריך לידה:
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מין:	כיתה:
רחוב:	מס':	שכונה:	עיר / יישוב:
טלפון בבית:	טלפון נייד:	דואר אלקטרוני:	

משפחה

מסגרת משפחתית: הורים נשואים גרושים חיים בנפרד אחר

באם ההורים גרושים, האם שני ההורים יודעים ומסכימים על ביצוע הניתוח?

מספר הילדים במשפחה: (סמוני)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 יותר

מיקום ילדך/תך בין האחים: (סמוני)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 יותר

אחים ואחיות

מס'	שם	גיל	מין	כיתה	האם בעודף משקל?	האם חי/ה בבית עם הילד/ה?
1			ז נ			
2			ז נ			
3			ז נ			
4			ז נ			
5			ז נ			

הורים - אבא

האם הנך בעודף משקל: כן לא

האם היית בעבר בעודף משקל: כן לא

האם אתה מטופל כיום או טופלת בעבר במסגרת מקצועית בעודף המשקל? כן לא

אם כן, היכן?

האם ביצעת בעברך ניתוח בריאטרי? כן לא

אם כן, פרטי (מותי, איזה ניתוח, היכן, כמה ירדת במשקל)?

הורים - אמא

האם הנך בעודף משקל: כן לא

האם היית בעבר בעודף משקל: כן לא

האם את מטופלת כיום או טופלת בעבר במסגרת מקצועית בעודף המשקל? כן לא

אם כן, היכן?

האם ביצעת בעברך ניתוח בריאטרי? כן לא

אם כן, פרטי (מותי, איזה ניתוח, היכן, כמה ירדת במשקל)?

בני משפחה אחרים

האם מישהו מבני המשפחה הקרובה סבל ו/או סובל מהפרעת אכילה כל שהיא (אנורקסיה, בולימיה, אחר)?

האם מישהו מבני המשפחה הקרובה ביצע ניתוח בריאטרי? כן לא

אם כן, פרטי/י (מותי, איזה ניתוח, היכן, כמה ירדת במשקל)?

היסטוריה רפואית

האם קיימות במשפחה מחלות כגון: סוכרת / יתר לחץ דם / שומנים בדם / מחלות לב?

אם כן, פרטי: _____

רקע של הילד/ה

באיזה מסגרת לימודים לומד/ת ילדך/תך? (שם המסגרת והעיר) _____

מהן שעות הלימוד? משעה _____ עד שעה _____

האם סובל/ת ממחלות ו/ או בעיות רפואיות כלשהן? כן לא

אם כן, פרטי: _____

האם מקבל/ת תרופות כלשהן באופן קבוע (כולל ריטלין לסוגיו) כן לא

אם כן, פרטי: _____

האם קיימים קשיים רגשיים ו/או התנהגותיים/ ואו הפרעות קשב כלשהן? כן לא

אם כן, פרטי: _____

האם ילדך/תך היה/תה בעבר בטיפול פסיכולוגי/ רגשי/ תרפיה מכל סוג שהוא? כן לא

אם כן, פרטי סיבת וסוג הטיפול: _____

האם ילדך/תך מצוי/ה כיום בטיפול פסיכולוגי/ רגשי/ תרפיה מכל סוג שהוא? כן לא

אם כן, פרטי סיבת וסוג הטיפול: _____

משקל גוף

באיזה מסגרת לימודים לומד/ת ילדך/תך? (שם המסגרת והעיר) _____

משקל: _____ ק"ג גובה: _____ מ'

מתי החלה העלייה במשקל של ילדך/תך?

האם טופל/ה בעבר בנושא עודף המשקל (טיפול תזונתי/ רגשי/ אחר)? כן לא

אם כן, פרטי (מתי, למשך כמה זמן, כיצד השפיע הטיפול): _____

מו 1 עד 10 באיזה מידה, לדעתך, מוטרד/ת ילדך/תך מעודף המשקל שלו/ה?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
לא מוטרד/ת כלל					מוטרד/ת במידה רבה מאוד				

מה הסיבה העיקרית לכך שעודף המשקל של ילדך/תך מטריד אות/ה?

א. סיבה רפואית

ב. קשיים חברתיים

ג. קשיים בתוך המשפחה

ד. קושי בקניית בגדים

ה. קשים רגשיים

ו. אחר, פרטי: _____

באיזה מידה, לדעתך, מעוניין/ת ילדך/תך לבצע שינוי בחייו/ה?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
לא מעוניין/ת					מעוניין/ת מאוד				

באיזה מידה, לדעתך, מסוגל/ת ילדך/תך לבצע שינוי בחייו/ה?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

אורחות חיים- פעילות והרגלי אכילה

האם ילדך/תך מבצע/ת פעילות גופנית באופן סדיר? כן לא

אם כן, באיזו מסגרת? _____

תדירות: 1-2 פעמים בשבוע 3 פעמים בשבוע ויותר

כמה שעות בממוצע ביום מבלה ילדך/תך מול מסכים (טלוויזיה/ מחשב/ סלולארי/ אייפד)?

באיזו תדירות אתם נוהגים כמשפחה לאכול ארוחה משותפת אחת ביום?

לעיתים רחוקות לפעמים בדרך כלל מדי יום

באיזו תדירות אתם אוכלים ארוחות מחוץ לבית (מסעדות/ מזון מהיר...)?

לעיתים רחוקות לפעמים בדרך כלל מדי יום

האם אתם נוהגים להחזיק בבית שתייה ממותקת?

כלל לא מדי פעם רק בסופי שבוע באופן קבוע

האם אתם נוהגים להחזיק בבית הטיפים (מתוקים או מלוחים)?

כלל לא מדי פעם רק בסופי שבוע באופן קבוע

באיזה מידה, לדעתך, מסוגל/ת ילדך/תך לבצע שינוי בחייו/ה?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
לא מעורב/ת מאוד

ניתוח בריאטרי

היכן שמעת על הניתוח?

רופא הילדים/ רופא המשפחה חברים שביצעו אינטרנט/ עיתון אחר: _____

של מי הייתה היוזמה לביצוע הניתוח?

אבא אמא ילד/ה אחר: _____

האם ילדך/תך שותף/ה להחלטה לביצוע הניתוח? כן לא

באיזה מידה ילדך/תך מעוניין/ת לבצע את הניתוח?

מעוניין/ת במידה רבה מאוד מעוניין/ת במידה רבה מעוניין/ת לא מעוניין/ת אדיש/ה

באיזה מידה, אתם מעוניינים שתבצע/י את הניתוח?

מעוניינים במידה רבה מאוד מעוניינים במידה רבה מעוניינים לא מעוניינים אדישים

מי מבין ההורים דומיננטי יותר בניהול אורח החיים בבית? (מבשל, עורך הקניות, שווה זמן רב יותר עם הילדים

בבית, מגיש את הארוחות וכו')? האם יוכל להוביל את התהליך? _____

באיזו מידה את/ה מעוניין/ת לבצע שינוי בהרגלי האכילה בבית?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
לא מעוניין/ת מאוד

מהי מידת הנהיגות שלכם כהורים להצליח בתהליך? (נחישות מוגדרת כהחלטיות, עיקשות, דבקות במטרה)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
מאוד נחושה/ת מתלבט/ת

תודה על שיתוף הפעולה.