

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 להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

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 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 מותנה בקבלת אישור מקדים של המכון הבריאטרי של מכבי, לאחר קיום מפגש הערכה טרום ניתוחי.

הערכה טרום ניתוחית כוללת מפגש עם צוות רב מקצועי מיומן ומנוסה (רופא/ה, תזונאי/ת ועובד/ת סוציאלי/ת). אורך השהייה במרפאה לצורך ההערכה הינו כשעתיים. מכתב סיכום הכולל את החלטת המכון בדבר אישור הניתוח, ישלח אליך באופן שיצויין בשאלון האישי.

לידיעתך, צוות המכון יעמוד לרשותך הן בהכנה לקראת הניתוח והן במעקב פרטני וקבוצתי לאחר הניתוח.

יש לפעול בהתאם לשלבים הבאים:

1. לפנות לרופא/ה המטפל/ת לקבלת הפניות לביצוע הבדיקות נדרשות:

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.
- 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.

2. עם תום ביצוע הבדיקות יש להזור לרופא/ה המטפל/ת לצורך קבלת הפניה להערכה טרום ניתוחית במכון הבריאטרי.

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

4. לזימון תור למפגש הערכה טרום ניתוחי במכון הבריאטרי - יש לפנות למוקד זימון תורים *3555 או בטלפון 1-700-50-53-53.

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

מכון בריאתרי	פקס	דואר אלקטרוני
חיפה	073-2284380	Bariatric_northg@mac.org.il
נצרת עילית	073-2284381	Bariatric_northn@mac.org.il
תל אביב	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	bari_fax@mac.org.il

במועד המפגש שנקבע לך במכון הבריאתרי, עליך להביא את המסמכים הבאים:

1. מכתב הפניה מרופא/ה מטפל/ת.
2. מכתב מסכם מדיאטנית במכבי אודות הליך הכנה לקראת הערכה טרום בריאתרית 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 מכירורגית/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 גריאתרית או מרופא/ה גריאתרית/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 הבריאתרי תועבר לאישור **נוסף** של ועדת חריגים לניתוחים בריאתרים 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 הבריאתרים של מכבי ניתן למצוא במדריך השירותים באתר מכבי באינטרנט בכתובת: www.maccabi4u.co.il.

בברכה,

צוות המכון הבריאתרי

מכבי שירותי בריאות - מכון בריאטרי

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

תודה על פנייתך להתייעצות במסגרת המכון.
 על מנת שנוכל להכיין 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:

מס' ת.ז. (9 ספרות):	
שנת עליה:	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 למושלוח דואר: _____	
מס' ילדים:	גילאי הילדים:
מצב משפחתי נוכחי:	נשוי/אה רווק/ה גרוש/ה אלמן/ה
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 (משפחה): _____

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

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:

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

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 סובלת/ת מעודף משקל? _____

מהן לדעתך הסיבות העיקריות להשמנה שלך?

מה המשקל הנמוך ביותר אליו הגעת בשנים האחרונות?	כמה זמן שמרת על משקל זה?
מה המשקל 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, פרטי:
מאז שהגעת לבגרות, האם משקלך יציב?	
פעילות גופנית: האם את/ה מבצעת/ת פעילות גופנית? כן לא	
אם כן, פרטי/י סוג + תדירות:	

אנא, פרטי/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 / מושלשלים / משתנים או תרופות אחרות על מנת לרדת במשקל? כן לא

אם כן, אנא פרטי:

הרגלי אכילה המושך - סמון/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:

5 - מאוד	4	3	2	1 - כלל לא	
					עד כמה את/ה מאמינ/ה שמשקל גופך קשור להתנהגות שלך?
					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 תדעי/י שהצלחת?

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

האם בתקופה האחרונה היית במצב רוח ירוד או בסטריס, 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 בחייך? (סמני/ בעיגול)

משפחה מצב כלכלי בריאות לימודים חברה אחר - נא לפרט:

האם חווית חוויה טראומטית או אירוע חריג שהשפיע על חיךך? 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 מודמיינ/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 הושב 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:

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

האם יש משהו נוסף שאת/ה הושב/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