****

תאריך : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם מטופל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# טופס אבחון רפואי

מטופל יקר, שאלון זה הוכן במיוחד בכדי שנוכל לקבל תמונה ברורה על בריאותך. אנא מלא/י השאלון באופן המדויק ביותר. יש לציין כי כל פרט חשוב לשם הבנת כל מקרה לעומקו. חשוב לדעת כי ישנו חיסיון רפואי מלא, וכי כל הפרטים אשר יימסרו הנם סודיים ונשארים מתויקים אצל המטפל.

שם....................ת.ז ………………. תאריך לידה: …………ארץ לידה: ………….......

טלפון: (ב)- ……………..(ע)- ……………...(נ)-……………….תעסוקה:.…......................

כתובת: ………………….………………..מצב משפחתי: ר/נ/ג/א ....... מס' ילדים:...............

מין: ז / נ גובה: .................. משקל: ...................

דוא"ל:.........................................................................................................................

בדיקה כללית רפואית אחרונה: ………… שם הרופא המטפל: …………….סוג רופא…...............

* האם את/ה מטופל/ת כיום ע"י רופא/מטפל אחר?
* האם התנסית בטיפול מתחום הרפואה המשלימה בעבר?
* מנה את כל סוגי התרופות, צמחי מרפא, ויטמינים, הורמונים, גלולות, משככי כאב וכו' אשר נלקחו במשך 3 החודשים האחרונים. ציין/י את סיבת השימוש:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סוג התרופה / תוסף תזונה | סיבת השימוש | משך זמן השימוש |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* ציין/י- כמות כוסות קפה ביום:… כמות כפיות סוכר/סוכרזית ביום:… מס' כוסות **מים** ביום:....
* פעילות גופנית: פעם בשבוע/ פעמיים בשבוע/ יותר? ……….ציין איזו פעילות....................

**תוצאות בדיקות דם חריגות: (תפקודי כבד, ספירת דם וכד')**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **סוג הבדיקה** | **תוצאה** | **חריגה (עודף/חוסר)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

במידה ואת/ה סובל/ת **היום** מהמצבים הבאים, נא לסמן בטור "כן". במידה וסבלת מהמצבים הבאים בעבר נא לסמן בטור "בעבר".

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **כן** | **בעבר** |  | **כן** | **בעבר** |  | **כן** | **בעבר** |
| עצירות |  |  | סחרחורות |  |  | צריבה / תכיפות בהטלת שתן |  |  |
| שלשול |  |  | צרבת |  |  | קשיים בהטלת שתן |  |  |
| טחורים |  |  | אלרגיות |  |  | לחץ דם נמוך |  |  |
|  | **כן** | **בעבר** |  | **כן** | **בעבר** |  | **כן** | **בעבר** |
| כאבי בטן |  |  | זיהום פטרייתי / פטריות על העור |  |  | לחץ דם גבוה |  |  |
| גיהוקים |  |  | טפילים |  |  | סינוסיטיס |  |  |
| קוליטיס / קרון |  |  | שימוש באנטיביוטיקה |  |  | התקפי לב |  |  |
| דלקת פרקים/  בעיות ריאומטיות |  |  | גלולות למניעת הריון/ הורמונים |  |  | בעיות לב אחרות |  |  |
| כאבי ראש / מיגרנות |  |  | בעיות פרוסטטה |  |  | פיסורה |  |  |
| כאבי גב / בלט דיסק / פריצת דיסק |  |  | כאבים ברגליים/ ברכיים/ נפיחות/ ורידים/ הקרנות |  |  | גרד / יובש בנרתיק / הפרשות וגינאליות |  |  |

**בהמשך תאר את סוג השתן / צואה אותם יש לך לרוב, ללא נטילת תרופות ו/או מאיצים:**

**שתן:**

מס' פעמים ביום ….... בשעות השינה …........

**צבע-** צלול/ בהיר, צהוב/ בינוני, צהוב/ כהה, צהוב אחר (הקף בעיגול).

**ריח-** אין/ מעט/ בינוני/ חזק.

האם השתן מתערבב עם שאר המים באסלה, או שמא נראה שהם נפרדים / צפים / שוקעים?

האם שורף / מגרד / כואב או כל הרגשה אחרת בזמן השתן?

האם בורח מעט שתן בזמן מאמץ / התעטשות / צחוק / שיעול?

האם אי פעם נראה דם בשתן?

האם השתן היוצא מרגיש לך קריר / חמים / חם / יוצא דופן (סמן בעיגול ופרט)?

האם השתן יוצא בדחף רב / בינוני / חלש / מתקשה לצאת (סמן בעיגול ופרט)?

האם יש לך שתן עם קצף (מזכיר קצף של בירה)?

האם השתן יוצא בטיפות / בהפסקות / זרימה קבועה?

האם ניתן להבחין בחול, חתיכות, שמן, אבקה, או כל דבר אחר צף בתוך או על השתן?

האם תחושת דחיפות לשירותים, או שמא ניתן להתאפק?

תאר/י כל סימפטום אחר / מוזר / נדיר / מעורר תמיהה שיתכן ויש לך, הקשור לשתן?

**צואה:**

כמה פעמים את/ה הולך/ת לשירותים? בכל יום - ….. בכל יומיים- ……במשך שבוע-… ..

שימוש במשלשלים – כן / לא (אם כן, ציין/י איזה סוג)

צורת היציאה הנראית לרוב?

האם צף / שוקע במים?

בד"כ, צואה רכה / בינוני / קשה?

אורך ממוצע של חתיכה:

**ריח -** חלש / בינוני / חזק / חריף?

**צבע -** חום בהיר / בינוני / כהה / חום ירקרק / צהבהב / אפור

האם אי פעם יוצא כמו גללים?

האם לעיתים קשה ללכת לשירותים?

האם סובל/ת לעיתים משלשול / עצירות (מתי פעם אחרונה)? …….. הסבר:

זמן ישיבה בשירותים?

האם אי פעם נתקלת בדם או צבע שחור ביציאה (מתי פעם אחרונה)?

האם ביציאה ישנה הרגשה של התרוקנות או שמא יש עוד שלא יוצא?

האם אי פעם חשת בכאב / שורף / זוחל וכד' בעת היציאה?

תאר/י אי אלו בעיות אחרות הקשורות ליציאות:

**תאר/י כל מחלה / בעיה ממנה את/ה סובל/ת, אשר נראה כתורשתי / גנטי. יש לכלול שיער שיבה טרם גיל 60, בעיות ראיה, מחלות עור וכו':** .......…………...…………………………..............

………………………………………………………………………………......................

## להלן שאלות כלליות על בריאותך: יש לתאר כל מצב/ בעיה ממנה סובל כיום או בעבר-

* האם את בהריון? מתי הריון אחרון? כמה ילדים (בנים / בנות)?
* האם סובל/ת מאפילפסיה (אם כן, מתי התקף אחרון)?
* איידס?
* סרטן?
* מחלת לב?
* לחץ דם גבוה / נמוך?
* סוכרת (ציין סוג וכמה זמן זה מאובחן)?
* הרפס (מכל סוג שהוא)?
* מחלת מין (מכל סוג שהיא)?
* דלקת הכבד (הפטיטיס)?
* התעלפויות?
* אלרגיות?
* דלקת ריאות / שחפת (טוברקולוסה)?
* רשום / רשמי כל ניתוח שעברת (כולל ניתוחים פלסטיים והפלות):
* אסטמה / ברונכיט?
* האם מכור/ה לסמים / תרופות כלשהם / **סיגריות** (כמה סיגריות מעשן ביום)?
* בעיות נשיות / גניקולוגיות מהן את סובלת (מחזור / פוריות / גיל המעבר וכו'):
* בעיות גבריות מהן אתה סובל (אין אונות, כאב וכו'):
* בעיות ראיה?
* בעיות נפשיות / רגשיות / מתחים?
* בעיות שינה?
* בעיות אכילה / תיאבון?
* **הרגלי תזונה**: (לשימוש המרפאה)

|  |
| --- |
| בוקר: |
| 10:00: מתוקים: |
| צהריים: תוססים: |
| אחה"צ: |
| ערב: |
|  |
|  |

* בעיות משקל להוריד / לעלות (מה משקל המקסימום, מה המינימום)?
* בעיות עם כפות הרגליים- כאב / פלטפוס / פטרת וכו'?
* בעיות ראומטיות / שיגרון (דלקת פרקים)?
* בעיות גב / כאבי גב / בלט דיסק / פריצת דיסק -
* גב עליון / צוואר:
* גב אמצעי:
* גב תחתון:
* כאבים ברגליים - אישיאס (סיאטיקה) / ברכיים / נפיחות / ורידים?
* כאבי ראש / מיגרנות- תדירות ומיקום הכאב?
* אויר בבטן / גזים / שיהוק / נפיחות?
* טחורים / כאבים בפי הטבעת / פיסורה / דימום?
* נשירה רבה / גדילה מוגברת של שיער הראש?
* בעיות מיניות (חוסר / עודף חשק, כאב, פוריות...)?
* מחלת עור ממנה סובל/ת?
* האם יש לך קוצב לב?
* השפעות שליליות כתוצאה מנטילת תרופות או סמים?
* בעיות שמיעה (כולל טיניטוס וסוג הצליל)?
* דלקות אוזניים?
* סינוסיטיס / רניטיס?
* כולסטרול / טריגליצרידים (ציינו מספרים)?
* האם את/ה סובל/ת כיום / בעבר מעייפות לעיתים תכופות? האם העייפות הנה פיזית / נפשית / שניהם?
* האם עברת אי אלו תאונות?
* ציין אם עברת ניתוחים כלשהם/ תאונות............................................................................
* ציין כל סימפטום/ מצב בריאותי שלא הוזכר.......................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**תאר/י, פרט/י מהם 3 הסימפטומים/ בעיות רפואיות המפריעות לך ביותר. אלה יכולים להיות פיזיים/ נפשיים או שניהם**: ……………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**תוכנית טיפול מומלצת :**

|  |  |
| --- | --- |
| **טיפול** | **הערות** |
| **טווינא** |  |
| **דיקור** |  |
| **פורמולה** |  |
| **תזונה** |  |
| **אחר** |  |

**הצהרת המטופל :**

אני מאשר/ת בזאת, כי ככל הידוע לי אינני סובל/ת מבעיות רפואיות ו/או מחלה ו/או מום ו/או נכות ו/או מגבלה אשר עלולים למנוע ממני מלהשתתף בטיפול בריאותי גופני, המוענק על ידי הילה בלאס (להלן "המטפל"), וכי כל המידע שמסרתי לעיל הינו מלא ונכון. אני נותנ/ת את הסכמתי לקבל טיפול/ים בהתאם למיטב שיקול דעתו, נסיונו ומיומנותו המקצועית של המטפל. אני מודע/ת לכך שהטיפול הינו אלטרנטיבי ומשלים, ואינו נועד להחליף כל טיפול רפואי קונבנציונלי. אי לכך, אני מסיר/ה מהמטפל כל אחריות לשינוי לרעה במצבי הבריאותי העלול להיגרם כתוצאה מהטיפול/ים, לרבות עקב מילוי שגוי ולא מדוייק מצידי של מסמך זה.

**\* הצהרת המטפל: כל המידע בשאלון זה הינו חסוי תחת המסגרת של יחסי מטפל-מטופל וכמתחייב בחוק \***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **תאריך:** |  |  | **חתימת המטופל:** |  |

