

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</p>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>	
סוג המסמך      דפים	



המוסד לביטוח לאומי  
לשכה רפואית



## פרטים רפואיים למושתל כליה לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

אנו מבקשים למלא טופס רפואי לחולה שבטיפולך בכדי להקל עליו למצות את זכויותיו בביטוח הלאומי. מטרת הטופס היא להקל על תהליך קביעת הנכות הרפואית במוסד לביטוח לאומי. מילוי נכון ומלא של הטופס, יוכל לפשט את קבלת ההחלטה לגבי ביטוח נכות, הערכת נכות לצורך פטור ממס הכנסה ולשירותים מיוחדים.

### 1 פרטי החולה

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר ת.ז.
שם הרופא המטפל:		טלפון קווי במרפאה	טלפון נייד
שם המרפאה:			

### 2 פרטים קליניים

2

פירוט	אבחנה
<input type="checkbox"/> המוגלובין נמוך מ- 10 מעל 6 חודשים <input type="checkbox"/> טיפול באריתרופויטין <input type="checkbox"/> תלות בעירוי דם 3 חודשים רצופים (מנה בחודש) <input type="checkbox"/> תלות בעירוי דם יותר ממנה בחודש 3 חודשים לפחות	<b>אנמיה</b>
<input type="checkbox"/> מאוזן ע"י תרופות / הקזת דם <input type="checkbox"/> תלונות עם סיבוכים ותלות בהקזות קבועות 6 פעמים בשנה לפחות	<b>פוליציטמיה</b>
<input type="checkbox"/> מתחת ל- 1500 עם זיהומים חוזרים	<b>נויטרופניה</b>
<input type="checkbox"/> בטיפול פומי <input type="checkbox"/> בטיפול אינסולין או משולב אינסולין <input type="checkbox"/> בטיפול משאבת אינסולין <input type="checkbox"/> סיבוך עם אברי סטרה: <input type="checkbox"/> עיניים <input type="checkbox"/> מערכת עצבים <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> כלי דם גדולים וקטנים, כולל מערכת קרדיווסקולרית	<b>סוכרת</b>

פרטים קליניים – המשך

<input type="checkbox"/> עם הפרעות קלות במחזור הדם _____ <input type="checkbox"/> עם הפרעות קשות במחזור הדם _____	<b>פיסטולה</b>
<input type="checkbox"/> BMI מעל 35 _____ <input type="checkbox"/> BMI מעל 40 _____	<b>עודף משקל והשמנת יתר</b>
<input type="checkbox"/> מצריך חגורה _____ <input type="checkbox"/> יש אבנטרציה _____	<b>פציעות ובקעים של קיר הבטן</b>
<input type="checkbox"/> תכיפות בהטלת שטן יום ולילה _____ <input type="checkbox"/> היצרות שופכה המצריכה הרחבות ( 1-2 לשנה) _____ <input type="checkbox"/> דלקת קשה עם תכיפות פעם בשעה ושלפוחית מצומקת _____ <input type="checkbox"/> צורך בצינתורים חוזרים _____	<b>דלקת כרונית של שלפוחית השטן (לויקוציטוזיס)</b> *יש לציין רמת הלויקוציטוזיס _____
<input type="checkbox"/> היצרות המצריכה הרחבות ( 1-2 לשנה) _____ <input type="checkbox"/> הרחבות כל 2-3 חודשים _____ <input type="checkbox"/> נדרשות הרחבות תכופות עם דלקת _____ <input type="checkbox"/> צנתור שופכה _____	<b>שופכה</b>
<input type="checkbox"/> צלקות מכאיבות או מכוערות _____	<b>צלקות</b>
<input type="checkbox"/> בינונית _____ <input type="checkbox"/> חמורה , אין זיקפה _____	<b>אין אונות</b> חובה לצרף תוצאות בדיקה עדכנית
	<b>גאוס</b>
<input type="checkbox"/> נזקק לטיפול תרופתי נגד חרדה _____	<b>בעיות נפשיות</b>
<input type="checkbox"/> קריאטינין _____ <input type="checkbox"/> אוריאה _____ <input type="checkbox"/> חלבון בשתן _____ <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם _____	<b>תפקוד כליות</b>

**אחר:** נא לפרט את יכולת התפקוד היומיומית של החולה (מידת העצמאות בביצוע פעולות יומיום) \_\_\_\_\_

אנא צרך סיכומי מחלה מפורטים, תוצאות בדיקות וכל מידע רפואי רלוונטי נוסף וציין את המסמכים הנלווים לטופס זה:  
 פסיכיאטר  פסיכולוג  המטולוג  רופא עור  רופא כלי דם  נפרולוג  אורולוג  מומחה עיניים  אורתופד  מומחה אחר \_\_\_\_\_

אנא פרט את היכרותך הקלינית עם החולה (רופא משפחה, רופא מטפל במרפאת מושתלי כליה, נותן חוות דעת, רופא אחר: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_