



ועדה רפואית - ערכות מגן

תושב/ת יקר/ה:

1. טופס "ועדה רפואית - ערכות מגן" נועד לאפשר לנו להתאים לך את אמצעי המיגון המתאים ביותר למצבך הרפואי.
2. טופס זה ימולא ע"י רופא המשפחה/רופא הילדים.
3. את הטופס המלא יש לשלוח ל:
ועדה רפואית - ערכות מגן
ד.צ. 02673
צ.ה.ל
4. החלטת הועדה הרפואית תשלח אליך באמצעות הדואר.
5. במידה שאושרה לך ערכת מגן מיוחדת, הערכה תנופק לך בעת חלוקת הערכות לתושבים עם הצגת טופס האישור.
6. **שים לב** - טופס זה יישאר בתחנת החלוקה לאחר קבלת הערכה המיוחדת. הינך מתבקש/ת לצלם עבורך עותק ולהציגו עפ"י הצורך.

רופא/ה נכבד/ת:

1. לצורך קבלת החלטה נכונה בנוגע למיגון המתאים ביותר לתושב הפונה, הינך מתבקש/ת למלא את הטופס בצורה ברורה, מלאה ומדויקת (מידע רפואי שאיננו רשום עלול לגרום לקבלת החלטה לא נכונה).
2. בסעיפים לא רלוונטיים יש לציין "אין" או למחוק בקו עבה.
3. במידה שקיימים מסמכים נוספים משמעותיים, כמו סיכומי אשפוז, תוצאות תפקודי ריאה וכדומה - יש לצרף העתקים.

טופס פניה לוועדה הרפואית - ערכות מגן

ימולא ע"י רופא המשפחה

1. פרטי התושב

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	גיל
כתובת מלאה (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)		טלפון + קידומת	טלפון סלולארי

כתובת למשלוח התשובה (במידה ושונה מפרטי התושב):

שם מלא	כתובת (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)	טלפון לבריורים
--------	--	----------------

כמה שנים החולה בטיפולך?

2. מחלות לב - על הרופא להקפיד ולמלא סעיפים א' ו - ב'

- א. אבחנה (סמן בעיגול) 1. Angina Pectoris כן / לא
 2. S/P Myocardial Infarction כן / לא
 3. Congestive Heart Failure כן / לא
 4. אחר.....

ב. דרגת תפקוד לפי NYHA (New York Heart Association) - 1 / 2 / 3 / 4 (חובה למלא)

דרגה 1 - ללא הגבלה בפעילות גופנית רגילה: אינה גורמת לעייפות, פלפיטציות, כאבים אנגינוטיים או קוצר נשימה.
 דרגה 2 - הגבלה קלה בפעילות גופנית: נינוח במנוחה, אך פעילות גופנית רגילה גורמת לעייפות, פלפיטציות, קוצר נשימה או כאבים אנגינוטיים.
 דרגה 3 - הגבלה ניכרת בפעילות גופנית: נינוח במנוחה, אך פעילות גופנית פחותה מהרגיל גורמת לעייפות, פלפיטציות, קוצר נשימה או כאבים אנגינוטיים.
 דרגה 4 - לא מסוגלות לבצע כל פעילות גופנית ללא אי-נוחות: סימנים של אי ספיקת לב או של תסמונת תעוקתית יכולים להיות קיימים גם במנוחה. אם מתבצעת פעילות גופנית כלשהי - אי נוחות מתגברת.

ג. תכיפות אשפוזים עקב בעיה לבבית - מספר פעמים בשנה האחרונה (סמל בעיגול)

1. מעל פעם אחת (ציין כמה).....
 2. פעם אחת
 3. ללא אשפוזים

ד. טיפול תרופתי קבוע בבעיה (תרופה ומינון).....

ה. מבחני תפקוד לבבי (אקו לב ומיפוי - לב כולל Ejection Fraction).....

3. מחלות ריאה

- א. אבחנה (סמן בעיגול): 1. Bronchial Asthma כן / לא
 2. (COPD) Chronic Obstructive Pulmonary Disease כן / לא
 3. Restrictive Lung Disease כן / לא
 4. אחר.....

ב. תכיפות ההתקפים בשנה האחרונה (סמן בעיגול) 1. פעם בחודש או יותר

2. פעם בשנה או יותר, אך פחות מפעם בחודש
 3. ללא התקפים בשנה האחרונה
 4. אחר.....

ג. תכיפות אשפוזים עקב הבעיה הריאתית - מספר פעמים בשנה האחרונה (סמן בעיגול):

1. מעל פעם אחת
 2. פעם אחת
 3. ללא אשפוזים בשנה האחרונה
 4. אחר.....

ד. האם עקב הבעיה הריאתית נזקקה/ה אי פעם לאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או להנשמה מלאכותית?

(סמן בעיגול) כן / לא. במידה וכן ציין את תאריך האירועים.....

3. מחלות ריאה (המשך)

ה. טיפול תרופתי קבוע בבעיה (תרופה ומינון)

ו. תפקודי ריאה (צרך תוצאות הבדיקה): (% מהצפוי) FEV1.....
 ז. סיכום התפקוד הריאתי.

4. מחלות נירולוגיות (סמן בעיגול)

אבחנה
 מחלה ניוונית של מערכת העצבים ? כן / לא
 מחלה נירומוסקולארית הגורמת לחולשת שרירים ? כן / לא
 מחלה הקשורה בחולשת שרירי בית החזה ? כן / לא. במידה וכן צרף מסמכי תפקודי ריאה.
 אפילפסיה ? כן / לא
 טיפול תרופתי.....
 תדירות ההתקפים.....
 אוטיזם (כולל PDD) ? כן / לא.....
 פיגור שכלי ? כן / לא. דרגת חומרה: קל / בינוני / קשה
 האם מלווה בהפרעה מוטורית (כגון CP, המיפלגיה) ? כן / לא.....
 אחר

5. עיוותים במבנה הגולגולת

א. האם קיים עיוות במבנה הגולגולת ? (סמן בעיגול) כן / לא
 ב. פרט סוג העיוות
 ג. רקע לעיוות

6. מחלות כרוניות ממושכות / מחלות ממאירות

א. אבחנה: 1. מחלה כרונית - כן / לא. ציין סוג המחלה.....
 2. מחלה ממארת - כן / לא. ציין סוג ושלב ממאירות
 ב. פרט דרגת תפקוד כללית (האם זקוק לעזרה בפעילות יומיומית)

7. רגישות אלרגית

א. האם קיימת רגישות אלרגית כללית? (סמן בעיגול) כן / לא
 ב. במה מתבטאת הרגישות ?
 ג. פרט בדיקות שנעשו
 ד. האם קיימת רגישות אלרגית ללטקס? (סמן בעיגול) כן / לא – במידה וכן יש לצרף מכתב מרופא מומחה לאלרגיה
 ה. האם קיימת רגישות אלרגית לגומי שחור? (סמן בעיגול) כן / לא – במידה וכן יש לצרף מכתב מרופא מומחה לאלרגיה

8. האם מונשם ? כן / לא

סוג ההנשמה (הקף בעיגול) CPAP / BiPAP
 העשרה בחמצן כן / לא
 פרק הזמן בו מונשם (הקף בעיגול). יום / לילה / 24 שעות ביממה

9. טרכאוסטומיה

TRACHEOSTOMY (סמן בעיגול). כן / לא. פרט את הסיבה:

10. מצבים אחרים

א. אבחנה
 ב. תוצאות בדיקות מיוחדות

11. טיפול כולל ואשפוזים

א. פרט את כל סוגי הטיפול שניתן, באופן קבוע או לסירוגין, במהלך השנה האחרונה.....
 ב. פרט האשפוזים ב - 5 שנים האחרונות וצרף מכתבי סיכום :
 תאריך :/...../..... סיבה
 תאריך :/...../..... סיבה

הריני מאשר בזאת כי המידע הנ"ל נכון, שלם וניתן על ידי לשם הגשתו לועדה רפואית לערכות מגן.

החלטת הועדה הרפואית/הועדה הרפואית העליונה - ערכות מגן

עותק לועדה מספר ועדה.....

1. פרטי התושב

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	גיל
כתובת מלאה (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)		טלפון + קידומת	טלפון סלולארי

כתובת למשלוח התשובה (במידה ושונה מפרטי התושב):

שם מלא	כתובת (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)	טלפון לבירורים
--------	--	----------------

2. מסמכים שהוצגו בפני הועדה (סמן בעיגול)

- א. מכתבי סיכום מחלה כן / לא
 ב. תוצאות בדיקות שונות כן / לא, פרט אילו בדיקות.....
 ג. מכתבים רפואיים אחרים כן / לא

3. החלטת הועדה הרפואית/הועדה הרפואית העליונה (סמן בעיגול)

חותמת של החלטת הועדה הרפואית/הועדה הרפואית העליונה

- א. ערכת המגן הרגילה מתאימה לתושב
 ב. ערכת המגן מתאימה לתושב בתוספת מפוח
 ג. קיסר / סופר קיסר / אחר.....
 (לסימון הועדה הרפואית המרכזית בלבד)
 ד. התושב נשלח להשלים מידע חסר:
 (1)
 (2)
 ה. סעיף לפי קוד מספר:

תאריך	שם + משפחה	דרגה	מספר אישי	חותמת הרופא	חתימת הרופא
תאריך	שם + משפחה	דרגה	מספר אישי	חותמת הרופא	חתימת הרופא
תאריך	שם + משפחה	דרגה	מספר אישי	חותמת הרופא	חתימת הרופא

אישור הועדה הרפואית/הועדה הרפואית העליונה - ערכות מגן

עותק לתושב מספר ועדה.....

1. פרטי התושב

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	גיל
כתובת מלאה (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)		טלפון + קידומת	טלפון סלולארי

כתובת למשלוח התשובה (במידה ושונה מפרטי התושב):

שם מלא	כתובת (ישוב, רחוב, מספר בית, כניסה ומיקוד)	טלפון לבירורים

2. הנני להודיעך כי בקשתך נדונה בועדה הרפואית/בועדה הרפואית העליונה של פיקוד העורף וההחלטה שהתקבלה הינה:

	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; text-align: center;">חותמת של החלטת הועדה הרפואית/הועדה הרפואית</div>	
חותמת הועדה הרפואית		תאריך

חתימת הרופא

פרטי הרופא (שם, דרגה, מ.א, מ"ר)

חתימת הרופא

פרטי הרופא (שם, דרגה, מ.א, מ"ר)

חתימת הרופא

פרטי הרופא (שם, דרגה, מ.א, מ"ר)

3. עליך לפעול עפ"י ההנחיות שבמסמך הנלווה.

4. במידה והחלטת הועדה הרפואית היא "חסר מידע רפואי", עליך להשלים את המידע הבא:

- א. טיפול תרופתי קבוע בבעיה (שם תרופה ומינון).
 - ב. תפקודי ריאות עדכניים.
 - ג. למלא סעיף ב'2, תפקוד לפי NYHA.
 - ד. מכתב מרופא אלרגולוג המפרט אלרגיה ללטקס.
- ה. אחר:

5. אין בהחלטה זו בכדי לפגוע באישורים קודמים שניתנו על ידי הוועדה.

6. הינך רשאי לערער על החלטת הועדה הרפואית בפני הועדה הרפואית העליונה, אולם החלטת הועדה הרפואית העליונה הינה סופית ולא ניתן לערער עליה שוב.

7. במידה וחל שינוי במצבך הרפואי, הינך רשאי לפנות לועדה הרפואית שוב.