

חלק ב' (להעלות לאתר מתגייסים לאחר מילוי וחתימת רופא משפחה)

2-005287

פרטי המועמד/ת:

21/06/2004	איתי	דומאי	214633596
תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות

רופא יקר, לתשומת לבך! מסירת מידע רפואי שלם ומדויק יוכל לשיבוץ תואם בצב"ל ולשמירה על בריאותו של הסטודנט! נא לענות על כל השאלות ע"י סימון X במקום המתאים לך.

התופעה	האם הנך סובל/ת מהתופעה		האם אושפז/ת בגין תופעה זו		פירוט (נא לצרף סיכום מפורט)
	כן	לא	כן	לא	
42. מחלות נירולוגיות (כולל אפילפסיה)		/		/	
43. מחלות אנדוקריניות		/		/	
44. מחלות הסטולוגיות (כולל אנמיה)		/		/	
45. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר		/		/	
46. מחלות אף, אוזן, גרון		/		/	
47. מחלות ריאה (כולל אסטמה) אנה צ"ן מתי היה ההתקף האחרון, מתי מופיעים ההתקפים, אופן הטיפול והשלטה במחלה.		/		/	
48. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם (ראה הערה ב')		/		/	
49. מחלות כליה ודרכי השתן		/		/	
50. מחלות דרכי העיכול והכבד		/		/	
51. מחלות פרקים, הפרעות שלד (כולל שברים בעצמות)		/		/	
52. מחלות עור		/		/	
53. מחלות ממאירות		/		/	
54. הפרעות נפשיות ו/או טיפול פסיכולוגי		/		/	
55. הפרעות קשב וריכוז וטיפול בריטלין		/		/	
56. סמים ואלכוהול		/		/	
57. מחלות תורשתיות		/		/	
58. האם קיימת הפרעה בדיבור כגון גמגום/דיבור מהיר/צרידות/היגיו וכיו"צ		/		/	

התופעה	כן	לא	אם כן, פרט
59. האם בטיפול תרופתי קבוע:		/	
60. האם קיימת רגישות לתרופות:		/	
61. האם ידוע על אלרגיה למזון, אם כן לאיזה מזון הייתה התגובה:		/	
62. האם קיימת רגישות לעקיצות דבורים:		/	
63. האם נמצאת/ת במעקב מרפאתי קבוע:		/	
64. האם עברה/ת ניתוחים:		/	
65. האם ידוע על HIV (נשאות/מחלה):		/	
66. האם ידוע על פגיעה עצמית או ניסיון אבדני בעבר:		/	
67. האם ידוע לך על טיפול בהפרעות אכילה:		/	
68. האם ידוע לך על שימוש בסמים:		/	
69. לחץ דם		/	110/70
70. בדיקת שתן כללית - תקין / לא תקין (נא לצרף את תוצאות הבדיקה)		/	71. דופק 82
		/	72. משקל (ק"ג) 53.5
		/	73. גובה (ס"מ) 178

הערות:
א. במידה וסימנת כן באחת השאלות יש לצרף מסמך רפואי מפורט התומך באבחנה או סיכום מחלה ו/או סיכומי אישפוז רלוונטיים.
ב. באם המועמד/ת סובל/ת מיתר לחץ דם נא לצרף מעקב של 10 מדידות ליד שנמדדו בקופ"ח במשך חודשיים.
ג. באם עברה/ת המועמד/ת ביופסיות ו/או הוצאת שומות, נא לצרף תוצאות תשובות הסטולוגיות.
ד. באם יש רגישות למזון - אנה צרפו תיעוד הארוע וחווות דעת מומחה אלרגיה.
הערות:

הצהרת הרופא:				
הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי מידע רפואי.				
תאריך: 21/02/21	קופ"ח - סניף: 888	קופ"ח - טלפון: 2311	שם רופא: איתי	מס' רישיון: 22585

חלק ג'

לתשומת לבך! על חלק זה להיחתם ע"י רופא העיניים או האופטומטריסט הבודק

עליך למלא את החלק הנ"ל בבדיקת אופטומטריסט או רופא עיניים טרם ההתייצבות לצו הראשון על מנת לחסוך לך זמן ביום הצו או למנוע צורך בהתייצבות נוספת. אם הינך מרכיב/ה משקפיים ו/או יש לך צילינדר מעל 2.5, יש לצרף חוות דעת של רופא עיניים ובדיקת קרקעית העין (פונדוס). במידה והינך מרכיב עדשות מגע, עליך להתייצב לצו עם משקפי ראייה.

אחרי תיקון	AX	CYL	SPH	לפני תיקון	עין ימין
	/	/	/	9/6	עין שמאל

חתימה וחותמת של רופא/ת אופטומטריסט או רופא עיניים: 28/2/2021 תאריך: 28/2/2021

תוצאות בדיקת פונדוס: עין ימין: עין שמאל:

חתימה וחותמת של רופא עיניים בלבד

תאריך