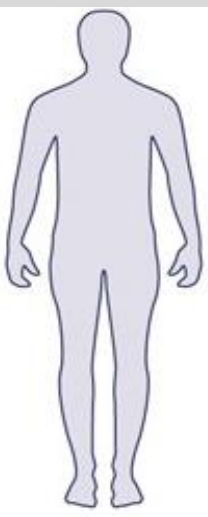
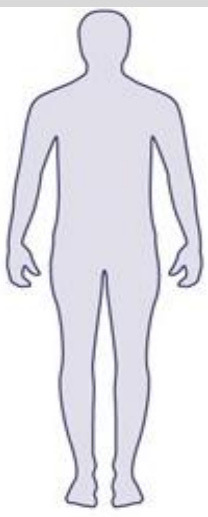


תאריך: \_\_\_\_\_

## טופס הזמנת טיפול ברימות רפואיות

פרטי המטופל/ת		
שם מלא	תעודת זהות	שנת לידה
מספר טלפון	סניף קופה	

פירוט על הפצע																					
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>FRONT</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>BACK</p> </div> </div> <p><b>נא לצייר על גבי האיור את מיקום הפצע וצורתו</b></p> <p><b>* מומלץ לצלם את הפצע ולצרף להזמנה</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>מקור הפצע (סימון X)</th> <th>תיאור הפצע</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> פצע לחץ</td> <td>אורך: _____ ס"מ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> כיב ורידי</td> <td>רוחב: _____ ס"מ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> כיב איסכמי</td> <td>עומק: _____ ס"מ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> כיב סוכרתי נזירופתי</td> <td>%רקמת גרעון: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> טראומה</td> <td>זיהום בפצע: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> אחר: _____</td> <td>צלוליטיס: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> <tr> <td></td> <td>נמק: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> <tr> <td></td> <td>זמן הימצאות הפצע: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>האם קיימת רקמה נקרוטית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</td> </tr> </tbody> </table>	מקור הפצע (סימון X)	תיאור הפצע	<input type="checkbox"/> פצע לחץ	אורך: _____ ס"מ	<input type="checkbox"/> כיב ורידי	רוחב: _____ ס"מ	<input type="checkbox"/> כיב איסכמי	עומק: _____ ס"מ	<input type="checkbox"/> כיב סוכרתי נזירופתי	%רקמת גרעון: _____	<input type="checkbox"/> טראומה	זיהום בפצע: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> אחר: _____	צלוליטיס: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		נמק: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		זמן הימצאות הפצע: _____		האם קיימת רקמה נקרוטית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מקור הפצע (סימון X)	תיאור הפצע																				
<input type="checkbox"/> פצע לחץ	אורך: _____ ס"מ																				
<input type="checkbox"/> כיב ורידי	רוחב: _____ ס"מ																				
<input type="checkbox"/> כיב איסכמי	עומק: _____ ס"מ																				
<input type="checkbox"/> כיב סוכרתי נזירופתי	%רקמת גרעון: _____																				
<input type="checkbox"/> טראומה	זיהום בפצע: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																				
<input type="checkbox"/> אחר: _____	צלוליטיס: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																				
	נמק: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																				
	זמן הימצאות הפצע: _____																				
	האם קיימת רקמה נקרוטית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																				
<p>טיפולים קודמים לפצע (פרט): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																					

**3**
**פרטי הזמנה (חובה לסמן את סוג הטיפול/הערכה המבוקשים)**

סוג טיפול: <input type="checkbox"/> טיפול ראשון <input type="checkbox"/> טיפול חוזר			
נדרשת הדרכה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
1. רימות חופשיות: מנה רגילה (300) X מספר מנות: _____			
רימות חופשיות: מנה מוגדלת (500) X מספר מנות: _____			
2. רימות בשקית: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא X מספר טיפולים: _____			
תאריך הטיפול המבוקש		שעת טיפול מתוכננת	
מיקום הטיפול		טלפון איש קשר	
<input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> מוסד רפואי		שם המטפל (שדה רשות)	
כתובת		חתימת המזמין	

**4**
**פרטי הרופא יוזם הבקשה**

שם הרופא		טלפון סלולרי		בית החולים/סניף קופה	
חתימה וחותמת הרופא			תאריך		
x _____					

**5**
**הערות**

- את הטופס יש לסרוק לתוך הבקשה במערכת אישורי התחייבויות.
- לאחר אישור ההתחייבות יש להעבירה, בצירוף העתק טופס זה, למרכז ההזמנות ושירות הלקוחות של חברת CWT
- למייל: [maggot@cwt.org.il](mailto:maggot@cwt.org.il) או לפקס: 08-9287779, טלפונים: 08-9287778 או 050-2026698
- לאחר קבלת הטופס נציג החברה ייצור קשר עם המטפל לקביעת מועד ושעת הטיפול הסופיים