

על ההורים למלא את השאלה: טרומ הרדמה לפני ניתוח - ילדים

ילדים עומדים לעבור ניתוח, כדי לסייע את ההכנה לקראת הניתוח, יש צורך למלא את השאלה הבא ולהחזירו אלינו כשהוא חתום.

תאריך מלאי השאלה: 12/02/2026

שם הילד: אופק טוברמן
ת.ז: 237762513
ת. לידה: 09/10/2022
גובה: 15.3 cm משקל: 94 cm

פרטים רפואיים:

- | | |
|-------------------------|--|
| סיבוכים סביב הלידה | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| פגות סיבוכים סביב הלידה | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| רגישות לתרופות/מזון | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| תרופות הנלקחות בקביעות | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| קבלת טיפול רפואי נוסף | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| ניתוחים קודמים | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| ASFODIMIM אחרים | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |

הפרעות ב:

- | | |
|--|--|
| מחלה נשימתית עכשוו | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| חסימה בדרכי הנשימה (נחירות, הפסיקות נשימה בשינה) | <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> אכן, נחירות, מעט הפסיקות נשימה |
| אסטמה | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ התיקף אחרון _____ |
| בעיה אנטומית (מחלה גנטית) | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |

בעיות במערכות השונות:

- | | |
|----------------------|--|
| מערכת נירולוגית | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| אייחור התפתחותי | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| פרכוסים (התכווצויות) | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| מחלות לב | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| מערכת העיכול | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| סכרת | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |
| מחלות אחרות | <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |

חתימה:

שם ההורה: דניאל טוברמן