



## מערך הרפואה - משטרת ישראל

### פרטים אישיים :

ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	גיל
------	---------	----------	-----

כן	לא	בעיות נירולוגיות
		<u>כאבי ראש חוזרים/סחרחורות/התעלפויות וכו'</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>אירועי איבוד הכרה</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>מחלות פרכוסיות (אפילפסיה וכו')</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ תאריך התקף אחרון: _____ טיפול: _____

כן	לא	בעיות א.א.ג.
		<u>בעיות שמיעה</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>בעיות במערכת א.א.ג (אף/אוזן/גרונ)</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____

כן	לא	בעיות ראייה
		<u>בעיות ראייה</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים לאור בעיות בראיה</u> פירוט (שנה, מעקב) _____

כן	לא	בעיות במערכת הנשימה
		<p><u>מחלות במערכת הנשימה (אסטמה, מחלות עם מעורבות ריאתית)</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>ניתוחים באזור בית החזה</u></p> <p>פירוט(שנה, מעקב): _____</p>
		<p><u>קשיי נשימה במאמץ</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>

כן	לא	בעיות במערכת הלב/ גורמי סיכון
		<p><u>מחלות לב ידועות</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>אירוע מוות פתאומי במשפחה עד גיל 45</u></p> <p>פירוט(דרגת הקרבה): _____</p>
		<p><u>מומים מולדים</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>כאבים בחזה בזמן מאמץ</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>ניתוחים/ פרוצדורות חודרניות הקשורות לבעיה לבבית</u></p> <p>פירוט (שנה, מעקב): _____</p> <p>** יש להציג בדיקות מאמץ קודמות ומסמכים רלוונטיים.</p>
		<p><u>בעיות לחץ דם</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>בעיות בפרופיל שומנים ( כולסטרול גבוה, מדד טריגליצרידים גבוה)</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>סכרת</u></p> <p>פירוט(שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>

כן	לא	בעיות הורמונליות
		<p><u>מחלות הורמונליות (בלוטות התריס וכו')</u></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><u>ניתוחים בשל מחלות הורמונליות</u></p> <p>פירוט(שנה, מעקב): _____</p>

כן	לא	מחלות אוטואימוניות
		<u>מחלות אוטואימוניות</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים בשל מחלות אוטואימוניות</u> פירוט(שנה, מעקב): _____

כן	לא	בעיות מערכת העיכול
		<u>מחלות במערכת העיכול</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים בשל מחלות במערכת העיכול</u> פירוט(שנה, מעקב): _____

כן	לא	בעיות בכליות ו/או בעיות במערכת השתן
		<u>מחלת כליות ומערכת השתן</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים בשל מחלת כליות ומערכת השתן</u> פירוט(שנה, מעקב): _____
		<u>טיפול בדיאליזה</u> פירוט(שנה, מעקב): _____

כן	לא	בעיות כבד
		<u>מחלות כבד</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים הקשורים למחלות כבד</u> פירוט(שנה, מעקב): _____

כן	לא	בעיות במערכת שריר ושלד
		<u>מחלות של מערכת שריר ושלד (עקמת/ בלטי דיסק/ קרעים ברצועות/ כאבים כרוניים וכו')</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>שברים או טראומות בשריר/ שלד</u> פירוט (שנת התחלה, איבר נפגש, מעקב): _____ טיפול: _____
		<u>ניתוחים בעקבות בעיות של מערכת שריר/ שלד</u> פירוט(שנה, סוג הניתוח, מעקב): _____
		<u>מחלות פרקים</u> פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____ טיפול: _____

כן	לא	בעיות גניקולוגיות
		<p>מחלות גניקולוגיות (אנדומטריאוזיס, שחלות פוליציסטיות, ציסטות ידועות בשחלות וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____</p>
		<p>ניתוחים בשל מחלות גניקולוגיות  פירוט (שנה, מעקב): _____</p>

כן	לא	מחלות נוספות
		<p>מחלות עור (פסוריאזיס, אטופיק דרמטיס וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____</p>
		<p>מחלות דם (אנמיה, IPD, בעיות קרישיות וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____</p>
		<p>מחלות ממאירות מכל סוג  פירוט (סוג ממאירות, סטטוס נכון להיום): _____  טיפול: _____</p>
		<p>מחלות זיהומיות כרוניות (HIV, צהבת C/B וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____</p>

כן	לא	בעיות פסיכיאטריות
		<p>בעיות פסיכיאטריות (חרדות, דיכאון, PTSD, בעיות הסתגלות וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול תרופתי: _____  טיפול פסיכולוגי: (פירוט כעת / בעבר) _____  אשפוזים: _____</p>
		<p>האם פנית או טופלת ע"י מערך בריאות הנפש בעת שירותך הצבאי:  פירוט: _____</p>
		<p>הפרעות קשב וריכוז  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____</p>

כן	לא	אלרגיות
		<p>אלרגיות (מזון, תרופות, בעלי חיים, עונתי וכו')  פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____  טיפול: _____  שימוש באפיפן: _____</p>

כן	לא	בעיות כירורגיות
		<p>בעיות כירורגיות (בקעים, ניתוחים דחופים וכו')  פירוט (תאריך, מעקב): _____</p>

כן	לא	שימוש בתרופות
		<p><b>שימוש בקנאביס רפואי</b></p> <p>התוויה רפואית: _____</p> <p>מינון יומי: _____</p> <p>תדירות שימוש יומית: _____</p> <p>תאריך התחלת טיפול: (חודש/שנה)</p> <p>באם היה שימוש בעבר שהופסק יש לציין תאריך וסיבת סיום טיפול: _____</p> <p>***יש להציג רישיון בתוקף שכולל מינון.</p>
		<p><b>טיפול תרופתי אחר שלא הוזכר בשאלון</b></p> <p>פירוט (סיבה, שנת התחלה): _____</p>

כן	לא	בעיות נוספות
		<p><b>מחלות כרוניות ממערכות שלא הוזכרו שדורשות מעקב וטיפול</b></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p><b>מחלות כרוניות ממערכות שלא הוזכרו שאינן דורשות מעקב וטיפול</b></p> <p>פירוט (שנת התחלה, מעקב): _____</p> <p>טיפול: _____</p>
		<p>מידע רפואי נוסף שאינו מוזכר בשאלון: _____</p> <p>פירוט: _____</p>

ידוע לי כי העלמת מידע ו/או הצהרה לא נכונה, עלולים לגרום לי נזק רפואי ובנוסף מהווים עברה משמעתית.

ידוע לי כי מחובתי לעדכן את מפקדי ואת הגורמים הרפואיים על כל שינוי במצב בריאותי מאז הצהרת בריאות זו.

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_