



**שאלון מקדים לטיפול ברפואה סינית**

תאריך: \_\_\_\_\_

**חלק א': (פרטים אישיים)**

שם מלא: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז/נ  
 ת.ז: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ קופ"ח: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

**חלק ב': (מצב בריאותי של המטופל)**

משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_

1	האם עשו לך או יעצו לך לעשות ניתוח?	כן	לא
2	האם עברת בדיקות רפואיות כמו: א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים, בדיקות ציפוי, צנתור טומוגרפיה ממוחשבת, סי.טי, בדיקות דם, בדיקות שתן ודם סמוי? פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות.	כן	לא
3	האם עברת בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני, כמו: בדיקה רדיואקטיבית, סי.טי, מבחן אונקוגרפי, רנטגן, הדגמת איברים בעזרת איזוטופים וביופסיה?	כן	לא
4	האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים?	כן	לא
5	האם נכרתו גידולים?	כן	לא
6	האם עברת אי פעם בדיקת לצפיפות עצם?	כן	לא
7	האם אתה מעשן? כמה סיגריות ביום? _____ במשך כמה שנים? _____ במידה ועישנת בעבר, מתי חדלת? _____ כמה סיגריות עישנת ביום? _____		
8	האם אתה חולה במחלה כלשהי, או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי?	כן	לא
9	האם קיבלת בעבר או מקבל כיום טיפול כלשהו או תרופות?	כן	לא
<b>האם היו למטופל מחלות או סימני מחלות המפורטים מטה?</b>			
10	מחלות מערכת העצבים והמוח: שיתוקים, הפרעות תנועה ו/או תחושה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה, הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי, ניסיונות התאבדות.	כן	לא
11	מחלות לב וכלי הדם: התקף לב, אוטם, טרומבозה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות קצב, דפיקות לב מואצות, הפרעות במחזור הדם ברגליים עם בצקות או כאבים, יתר לחץ דם, ורידים מורחבים.	כן	לא
12	מחלות פרקים ועצמות: דלקת פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב, כאבי צוואר, אישיאס, אוסטאופורוזיס.	כן	לא
13	מחלות עיניים, אוזניים וגרון: הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה, סינוסיטיס. האם אתה מרכיב משקפיים? _____ אם כן, מה המספר? _____	כן	לא
14	לנשים בלבד: האם הינך בהיריון? _____ אם כן, באיזה שבוע? _____		



**חלק ג': (היסטוריה רפואית)**

**1. האם הינך סובל/ת מהבעיות הבאות?**

לא	כן	האם הינך סובל/ת מלחץ דם?	לא	כן	האם הינך סובל/ת מסכרת?
לא	כן	האם הינך צורך/ת סמים\אלכוהול?	לא	כן	האם הינך סובל/ת ממיגרנות?
לא	כן	האם הינך סובל/ת ממחלות מין?	לא	כן	האם הינך סובל/ת מנשירת שיער? קשקשת?
לא	כן	נשים בלבד: האם הינך נשאת של וירוס הפפילומה?	לא	כן	האם הינך סובל/ת מגזים / כאבי בטן?

2. האם אחד מבני משפחתך (הורים, סבים, אחים) סובל מאחת או יותר מהבעיות המצוינות לעיל?  
(כן/לא)? במידה וכן, מאיזו?

3. האם הינך נוטל/ת תרופות\צמחים\תוספים באופן קבוע? (כן/לא)

אם כן אילו?

4. האם הינך נוטל/ת או נטלת בעברך סטרואידים\מדללי דם מכל סוג שהוא? (כן/לא)

5. האם הינך סובל/ת מאלרגיות או רגישויות כלשהן (מתכות)?

6. האם ידוע לך על מצב בריאותי שלא נשאלת לגביו באופן מפורש, אשר חשוב שהמטפל ידע אודותיו?

7. האם קיבלת בעבר טיפול ברפואה משלימה? (כן/לא)

**חלק ד': הצהרת מטופל**

ידוע לי כי אני מטופל/ת ברפואה סינית [שיאצו טווינא דיקור צמחים תזונה] על ידי מטפל/ת שאינו רופא מורשה M.D. כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבל/ת במסגרת זו אינו מבטל או מחליף כל טיפול רפואי אחר.

ידוע לי כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו לי ע"י רופא יעשו בתיאום אתו, לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת.

שם וחתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_