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
	האם היו למטופל מחלות או סימני מחלות המפורטים מטה?		
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, טרומבוזה, 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, וירידים 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?____**

<u>חלק ג': (היסטוריה רפואית)</u>

1. **האם הינך סובל/ת מהבעיות הבאות?**

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

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)**

<u>חלק ד': הצהרת מטופל</u>

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:_____