



אל:

משרד קבלת חולים

כאן.

תאריך: _____

מס' גליון: _____

<input type="checkbox"/> חודש	<input type="checkbox"/> חוזר
<input type="checkbox"/> מוזמן	<input type="checkbox"/> לא מוזמן

נא לקבל את החולה: _____ מין: _____ למחלקה: _____

ביתן: _____ המתקבל לבית-חולים באבחנה: _____

כתוצאה

מקרה אסון

קטטה

מתאונת דרכים

התאבדות

מתאונת עבודה

לסמן X במשבצת המתאימה.

חתימת עובד(ת) חדר מיון		הריני לאשר שהמקרה הנ"ל הוא דחוף ואי קבלתו עלולה לגרום נזק רציני לבריאותו.	
שם העובד	חתימת הרופא	שם הרופא	חתימת הרופא
_____	_____	_____	_____

למילוי ע"י עובד חדר מיון בשעות שמשרד הקבלה סגור

מס' ת.ז. _____ מס' צבאי (לגבי חייל/ת) _____ שם האב _____

הכתובת _____ תאריך לידה _____ ארץ לידה _____

שנת עליה _____ מצב משפחתי _____ לגבי אשפוז ילדים (ארץ לידת האב) _____ מס' ילדים _____

להודיע במקרה דחוף ל _____ כתובת _____

מס' טלפון _____ הסידור הכספי לאשפוז _____

אסף 1

טופס מספר: **אסף 1**

גודל: 21*16.5 | בלוקים 100*1

אימות נתונים טרום הרדמה - Sign in		
<input checked="" type="checkbox"/>	יבוצע בחדר ניתוח לפני תחילת ההרדמה בנוכחות וניהולו של הרופא מבצע הפעולה, המרדים ואחות בניתוח ובשיתוף המטופל	
<input checked="" type="checkbox"/>	הכרות של אנשי הצוות הנוכחים בפעולה והצגתם למטופל	
	תאריך: _____ שעה: _____	
	מנהל התהליך: פרופ' ד"ר _____	
זיהוי המטופל והפעולה		
<input type="checkbox"/>	שם מלא של המטופל	<input type="checkbox"/> מספר תעודת זהות
<input type="checkbox"/>	הפרטים תואמים את הידון	
<input type="checkbox"/>	הפרטים תואמים את המדבקות וכל רשומות המטופל	
<input type="checkbox"/>	במידה וזיהוי מטופל נעשה על ידי קרוב משפחה/ אפוטרופוס (שם מלא) _____	
<input checked="" type="checkbox"/>	אימות פרטי הפעולה (אימות על ידי המטופל, במידת האפשר, והרשום בגיליון המטופל)	
<input type="checkbox"/>	הסכמה חתומה לפעולה	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין
<input type="checkbox"/>	הסכמה חתומה להרדמה/ סדציה	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין
<input type="checkbox"/>	הסכמה חתומה למתן דם	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין
<input type="checkbox"/>	שם הפעולה	
<input type="checkbox"/>	שם האיבר המנותח/ אתר הניתוח	
<input type="checkbox"/>	צד: <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל <input type="checkbox"/> דו צדדי <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
<input type="checkbox"/>	סימון: <input type="checkbox"/> קיים <input type="checkbox"/> לא קיים	
הכנת המטופל		
<input type="checkbox"/>	רגישות לתרופות / חומרים: <input type="checkbox"/> לא ידועה רגישות	
<input type="checkbox"/>	קיימת רגישות ל _____ <input type="checkbox"/> קיים ידון רגישות ותיעוד בגיליון	
<input type="checkbox"/>	מידע על זיהומים: <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> ידוע <input type="checkbox"/> בידוד: מגע / אוויר / טיפתי	
<input type="checkbox"/>	צום: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
<input type="checkbox"/>	קוצב לב: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	קיים תיעוד של היסטוריה רפואית ובדיקה גופנית	
<input type="checkbox"/>	מתן אנטיביוטיקה מניעתית: <input type="checkbox"/> אין צורך <input type="checkbox"/> יש צורך, קיבל: _____	
<input type="checkbox"/>	מניעת פקקת וורידים: <input type="checkbox"/> אין צורך <input type="checkbox"/> יש צורך, טיפול: תרופתי / שרוול פנאומטי	
<input type="checkbox"/>	צפי לדימום (מעל 500 סמ"ק ובילדים מעל 7 סמ"ק/ק"ג): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	אין צורך בבדיקת הצלבה/ סקר נוגדנים / מנות דם	
<input type="checkbox"/>	קיימת בדיקת הצלבה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	סקר נוגדנים: <input type="checkbox"/> שלילי <input type="checkbox"/> חיובי	
<input type="checkbox"/>	המצאות מנות דם: <input type="checkbox"/> כן, מספר מנות: _____ <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	קיימות בדיקות מעבדה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	קיימות בדיקות עזר ודימות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	יש צורך בבדיקת דימות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	תרופות מיוחדות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
הכנה להרדמה		
<input type="checkbox"/>	המצאות טופס הערכת מרדים	
<input type="checkbox"/>	סוג ההרדמה המתוכננת (השוואה לתיק הרפואי): <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> אזורית <input type="checkbox"/> מקומית <input type="checkbox"/> סדציה בלבד	
<input type="checkbox"/>	צפי ל- Difficult intubation: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	ציוד הרדמה / הנשמה מוכן ותקין: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
<input type="checkbox"/>	תרופות הרדמה מוכנות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
הכנת ציוד ומכשור		
<input type="checkbox"/>	ציוד / מכשור: <input type="checkbox"/> נמצא ותקין <input type="checkbox"/> חסר/ לא תקין <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
<input type="checkbox"/>	שתלים: <input type="checkbox"/> נמצא ותקין <input type="checkbox"/> חסר/ לא תקין <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
<input type="checkbox"/>	פתולוגיה/ בקטרילוגיה/ חתך קפוא: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
	שם, חתימה וחתימת הרופא מבצע הפעולה	שם, חתימה וחתימת הרופא המרדים
	שם, חתימה וחתימת האחות הרחוצה	שם, חתימה וחתימת האחות המסתובבת

פסק זמן - Time out		
<input checked="" type="checkbox"/>	יבוצע לפני ביצוע החתך הניתוחי בנוכחות כל הצוות המשתתף בניתוח ובשיתוף המטופל במידת האפשר	
<input checked="" type="checkbox"/>	בזמן ביצוע פסק זמן הצוות יחדל מלעסוק בכל פעילות אחרת	
<input checked="" type="checkbox"/>	האחות המסתובבת תקריא בקול את הפרטים הנדרשים	
<input type="checkbox"/>	שם מלא של המטופל	
<input type="checkbox"/>	מספר תעודת זהות	
<input type="checkbox"/>	הפרטים תואמים את הידון ומדבקות המטופל בטפסים ובתיק הרפואי	
<input type="checkbox"/>	שם הפעולה על פי התיק הרפואי	
<input type="checkbox"/>	קיום סימון האיבר המנותח במקום המתאים	
<input type="checkbox"/>	קיימים טפסי הסכמה מלאים וחתומים לניתוח/ הרדמה / לקבלת דם (במידת הצורך)	
	אישרו בעל פה: מנתח אחראי _____	
	רופא מרדים _____	
	אחות רחוצה _____	
	תאריך ושעת ביצוע Time out: _____	שם, חתימה וחתימת האחות המסתובבת
	שם, חתימה וחתימת האחות הרחוצה	שם, חתימה וחתימת הרופא המרדים
	שם, חתימה וחתימת הרופא מבצע הפעולה	שם, חתימה וחתימת האחות הרחוצה

חתימת הפעולה - Sign out		
<input checked="" type="checkbox"/>	יבוצע מיד לאחר סיום הניתוח לפני יציאת הרופא המנתח מחדר ניתוח והוצאת המטופל מהחדר	
<input checked="" type="checkbox"/>	האחות המסתובבת תקריא בקול את הפרטים הנדרשים ותקבל את אישורו של הרופא המנתח	
	שם הפעולה שבוצעה: _____	
<input type="checkbox"/>	ספירת מכשירים וחומרי ספיגה: <input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה	
<input type="checkbox"/>	סימון וזיהוי הדגימות הנשלחות כולל טפסים: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא רלוונטי	
	מספר דגימות: _____	
<input type="checkbox"/>	תקינות ושלמות הציוד במהלך הניתוח: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____	
	תאריך ושעת ביצוע Sign out: _____	שם, חתימה וחתימת האחות המסתובבת
	שם, חתימה וחתימת הרופא המרדים	שם, חתימה וחתימת הרופא מבצע הפעולה
	שם, חתימה וחתימת האחות הרחוצה	שם, חתימה וחתימת האחות המסתובבת

שם מרטי
שם משפחה
שם תאב
ת.נ.
מל
מחלקה

מ
ד
ב
ק
ה

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



דגימה 1
 דגימה 2 (במידה ואין דגימה קודמת
במאגר מידע של בנק הדם)

בנק-הדם

טופס לקיחת דם לסוג והזמנת מוצרי דם

יש לשלוח העתק בלתי הופך

לקיחת דם:		תאריך	שעה
אבחנת החולה:		עדיפות	
<input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> דחוף: <input type="checkbox"/> הצלבה מלאה <input type="checkbox"/> לפי סוג <input type="checkbox"/> ללא בדיקת סט (C)		חתימה וחותמת לאקח הדגימה: / הרופא המזמין:	
<input type="checkbox"/> סוג וסקר נגדנים בלבד <input type="checkbox"/> Direct Coombs Test		<input type="checkbox"/> בקשה לכדוריות דם אדומות (כ"א)	
המוגלובין: _____ המטוקריט בילוד: _____			
מספר זנות: עירויים קודמים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא ידוע נוגדנים ידועים:	מספר בלורים: תסוג הנדרש <input type="checkbox"/> כדוריות אדומות זחוסות (p.c) <input type="checkbox"/> p.c + פילטר <input type="checkbox"/> p.c מסוננת מראש <input type="checkbox"/> p.c CMV שלילי <input type="checkbox"/> p.c מוקרנות <input type="checkbox"/> אחר	הסיבה לבקשה <input type="checkbox"/> הזנת לניתוח. בתאריך _____ <input type="checkbox"/> זמם בחדר ניתוח <input type="checkbox"/> זמם במחלקה <input type="checkbox"/> סדאמה <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> חריון <input type="checkbox"/> לידה <input type="checkbox"/> D&C <input type="checkbox"/> אחר:	
מספר זנות תסבה לבקשה <input type="checkbox"/> לאחר סיפול כימותרמי <input type="checkbox"/> ביצוע פעולה חדרנית <input type="checkbox"/> אחר:	מרכיבים מיוחדים: <input type="checkbox"/> תרומבוציטים שטופים <input type="checkbox"/> תרומבוציטים עם פילטר <input type="checkbox"/> תרומבוציטים מתורם יחיד	בקשה לתרומבוציטים	
מספר זנות הסיבה לבקשה <input type="checkbox"/> זמם מסיבי <input type="checkbox"/> סיפול באנטיקואגולנטים <input type="checkbox"/> TTP	מספר זנות plasmapheresis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> חוסר מספר קרישה <input type="checkbox"/> אחר	בקשה למוצרי פלסמה INR _____ PT% _____ PTT (שניות) _____ מספר זנות FFP:	
בקשה לצורך שיפול ב-Anti D: סוג, מקור וכיל נוגדנים			
<input type="checkbox"/> לידה <input type="checkbox"/> הפלה <input type="checkbox"/> דיקור מי שפיר	<input type="checkbox"/> חריון <input type="checkbox"/> אחר:		

טופס רחובות 2015



Date תאריך

Ref. No סימוכין

מען למכתבים

המרכז הרפואי שמיר מיקוד 7033001, ישראל | טל. 08-9779449 טלפקס. 08-9779534
Shamir Medical Center Zip 7033001 Israel | Tel. 08-9779449 Telfax. 08-9779534

אסף 14



גליון הרדמה



תוצאות מעבדה במהלך הניתוח

Allergies: רגישויות:

NAME: שם:
I.D. NO: מס' ת.זהות

TIME				TIME				TIME			
PH				HB				Glucose			
PaO ₂				HTC				UREA			
PaCO ₂				LEUC				Na			
HCO ₃				THROM				K			
BE				PT				Ca ²⁺ <input type="checkbox"/>			
SO ₂				APTT							

PREOPERATIVE MEDICATION

EVENING BEFORE OPERATION				ערב לפני ניתוח	
תרופות	מינון	דרך מתן	זמן	שם האחות	זמן ביצוע

MORNING BEFORE OPERATION				בוקר הניתוח	
תרופות	מינון	דרך מתן	זמן	שם האחות	זמן ביצוע

המלצות הרופא המרדים לרופא המחלקה

DOCTOR NOTES

תאריך: _____ חתימת וחותמת רופא מרדים: _____

Assessment Prior OR

Anesthesia Plan :		תוכנית הרדמה:
Intubation Assessment: <input type="checkbox"/> Normal (נורמלי) <input type="checkbox"/> Difficult (קשה) <input type="checkbox"/> Equivocal(מעורפל)		
ריאות: כניסת אוויר טובה דו צדדי: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> צפופים: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> רחורים: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
לב: קולות סדירים: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט:		אושות: לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט:
לחץ דם:	דופק:	חום:
סטורציה:		

לפני הכניסה לחדר ניתוח:

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת וחותמת רופא מרדים: _____

עירוים במהלך הניתוח

- HARTMANN'S SOL. NORMAL SALINE DEXTROSE
- RHEOMACRODEX MANNITOL EBL
- CELL SAVER PACKED CELLS UNCROSSMATCHED BLOOD
- Fresh Frozen Plasma PLATELETS CRYOPRECIPITATE

Central Line: RT LT Size: Use U.S Yes No Remove guide: Yes No Position: Arterial Line: RT LT Size: Use US Yes No Position:

Intraoperative Non anesth Drugs	Dose	Time

בתום הניתוח המטופל מועבר אל:

- התאוששות
- טיפול נמרץ כירורגי
- טיפול נמרץ כללי
- טיפול נמרץ ילדים
- טיפול נמרץ פגים / ילודים
- המטופל עבר אקסטובציה: כן לא

NOTES

תאריך: _____ חתימת מרדים: _____

מק"ט 6543402306 - דפוס האגודים 2014

טופס מספר: **אסף 23 צד ראשון**

גודל: 44.5*28.5 דו-צדדי | נייר 120 גרם | מודפס בסגול | קיפול | בלוקים 1*50



**המרכז הרפואי שמיר
(אסף הרופא)**

מעבדה המטולוגית
טל. המוזילה 9767 / 8232



מדבקת זיהוי

שם החולה: _____
ת.ז.: _____
מחלקה: _____

נא לבצע בדיקת Betke Kliehauer בדגימה המצורפת

סוג הדגימה: דם דם עוברי

הארות: _____

אסף 25 - האוגדים 2020

טופס מספר: אסף 25

גודל: A5 | נייר ירוק | בלוקים 100*1



מידע על הפקדת חפצי ערך במהלך האשפוז

דף זה נועד לתת לך ולבני משפחתך מידע על הטיפול בחפצי ערך במהלך האשפוז. חפץ ערך - הנו כל חפץ שמטבעו איננו בעל ערך שולי ו/או שהוא בעל ערך סנטימנטלי בעבור בעליו לרבות, אך לא רק – מכשיר פלאפון סלולארי מכל סוג, ארנק על כל תכולתו, מכשירי מדיה או מכשירי אחר לנוחיותו של המאושפז.

הערות חשובות:

- ❖ מומלץ שלא להביא חפצי ערך לבית החולים.
- ❖ במידה והבאת איתך חפצי ערך רצוי למסורם לבני משפחה עם קבלתך לאשפוז.
- ❖ במידה ותבחר שלא למסור את חפצי הערך לבן משפחה / מלווה ניתן להפקידם בכספת המיועדת למטרה זו הנמצאת במשרד הקבלה, בבנין המחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון).
- ❖ להסדרת תהליך ההפקדה של חפצי הערך עליך לפנות לאחיות המטפלים בך במחלקה/יחידה.
- ❖ לקבלת חפצי הערך שהופקדו בכספת, עליך לפנות למשרד קבלת חולים, בימים א' – ה' בין השעות: 07:30 – 14:30. במשמרות ערב ולילה, ימי שישי ושבת וערבי חג וחגים – אין מסירה של חפצי ערך שהופקדו אלא במקרים מיוחדים.
- ❖ אם הובהלת לבית החולים באופן דחוף – ייתכן וחפצי הערך הופקדו עבורך בכספת בקבלתך. לפני השחרור תבקש מהאחיות המטפלים בך לברר עבורך האם הופקדו חפצי הערך שלך בכספת שבמשרד הקבלה.

שים לב! בית החולים הנו מקום ציבורי, ומשכך לאורך רוב שעות היממה, קיימת בו תנועה מתמדת של עובדים, חולים ומבקרים. דע כי בית החולים לא יהיה אחראי לכל חפץ שלא יופקד בכספת כאמור. לפיכך, באם בחרת שלא להפקיד את החפץ בכספת, עליך מוטלת האחריות למצוא סידור מתאים, אשר יאפשר גישה לחפץ לך או למורשה מטעמך בלבד.

דף המידע מיועד לנשים ולגברים כאחד

אנו מאחלים לכם החלמה מהירה ורפואה שלמה

הנהלת המרכז הרפואי אסף הרופא



אני מקבל טיפול אנטיביוטי

המנה הבאה של GENTAMICIN

בתאריך: _____ בשעה: _____

המנה הבאה של AMPICILLIN
(במידה ולא ברוטינה)

בתאריך: _____ בשעה: _____

אסף 30 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: **אסף 30**

נייר מנילה 220 גרם | צבע: תכלת | גודל: 10*10



אני במעקב סוכר

שעות הבדיקה:

DEX 1 _____

DEX 2 _____

DEX 3 _____

נדרשות בדיקות נוספות בשעות הבאות:

_____ / _____ / _____

אסף 34 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: **אסף 34**

נייר מנילה 220 גרם | צבע: ורוד | גודל: 10*10



אומדן כף הרגל לחולי סוכרת

מדפקה

רקע רפואי: האם עבר כריתה גפיים \ אצבעות: **לא / כן**

האם סבל מכיב \ איסכמיה בגפהו בכף רגלו \ באצבעות: **לא / כן**

תלונות החולה: ללא תלונות \ כאבי רגליים \ צליעה לסירוגין \ כאבים מחמירים בלילה \ כאבים במנוחה

תחושה בכף הרגל: ללא תלונות \ רגליים נרדמות \ תחושת שריפה \ זרמים \ ירידה בתחושה \ ללא תחושה

פרט (רגל ימין / שמאל)

התפונן בצבע, טאטואות הצור, אפנה כף הרגל והציפורניים

צבע ומצב העור		שלמות העור		מצב הציפורניים		מבנה כף הרגל	
L	R	L	R	L	R	L	R
תקיין	תקיין	תקיין	תקיין	תקיין	תקיין	תקיין	תקיין
בצקת	בצקת	יובש \ סדקים	יובש \ סדקים	פטרות	פטרות	יבלות	יבלות
אטרופי	אטרופי	פטרות	פטרות	ציפורן חודרנית	ציפורן חודרנית	עיוות בליטות גרמיות	עיוות בליטות גרמיות
אדום	אדום	יבלות	יבלות				
חיוור	חיוור	שלפוחית	שלפוחית				
כחול	כחול	פצע	פצע				
נקרוטי	נקרוטי	כיב	כיב				



נקודות לבדיקת תחושה בכף הרגל

בדוק חום ודפקים פריפריים

חום	דפקים	L	R
תקיין	Dorsalis pedis	נמושו לא נמושו	נמושו לא נמושו
חס \ קר מהרגיל	Posterior tibialis	לא ניתן למישוש	לא ניתן למישוש

בדוק התאמה של טרטי הנצלה

גרביים: **מתאים / לא מתאים**

נעליים: **מתאים / לא מתאים**

בדוק יכולת לסיפוף עצמי

האם לחולה בעיות ראייה: **כן / לא**

האם החולה מסוגל להגיע (להחזיק) לכף רגלו: **כן / לא**

האם יש גורמים נוספים המעכבים את יכולת החולה לטיפול עצמי בכף הרגל

בדוק צרכי הדרכה

האם החולה מבין את השפעות מחלת הסוכרת על בריאות כף הרגל: **כן / חלקית / לא**

האם החולה יודע כיצד יש לטפל בכף הרגל: **כן / חלקית / לא**

האם רגליו של החולה מטופלות היטב: **כן / לא**

סולם דראגט סיכון: בצידו השני של הדף תרשים לסיווג דרגות חומרה והתערבות

קף / פינוני / קשה / חמור

דווח ל _____ בוצעה הדרכה בע"פ: **כן / לא** נמסר דף הדרכה **כן / לא**

תאריך _____ חתימת האחות _____

סיווג דראגט סיכון של כף רגל סוכרתית והתערבות

דרגה	האזרה	התערבות
0 קף	ללא כיב קודם ואמפוטציה, ללא פגיעה בשלמות העור, ללא אובדן תחושה, ללא סימנים למחלת כלי דם פריפרית, ללא דפורמציה.	מתן הדרכה בע"פ ובכתב. המשך מעקב תקופתי אצל רופא כל 6-12 חודשים.
1 פינוני	נוכחות של אחד מהבאים: פגיעה בשלמות העור ללא זיהום (יבלת, שלפוחית, פטרות, ציפורן חודרנית, פצע/כיב שטחי), <u>אין</u> פגיעה בתחושה, <u>אין</u> סימנים למחלת כלי דם פריפרית ללא דפורמציה.	אומדן על ידי רופא. ניהול הטיפול על פי הנחיות רופא בהתאם לצרכי החולה. מתן הדרכה בע"פ ובכתב. הפנייה ליועץ מומחה לפי הצורך. מעקב כל 3-6 חודשים.
2 קשה	כיב עם זיהום מקומי <u>אין</u> בעבר קטיעה או כיב, <u>או</u> נוכחות של שניים ויותר מגורמי הסיכון הבאים: אובדן תחושה, או סימנים למחלת כלי דם פריפרית או דפורמציה.	אומדן על ידי רופא מומחה לכף רגל (פודיאטר). ניהול הטיפול על פי הנחיות הפודיאטר בהתאם לצרכי החולה. מתן הדרכה בע"פ ובכתב. הפנייה ליועץ מומחה לפי הצורך. מעקב כל 1-3 חודשים.
3 חמור	כיב עמוק ונרחב עם זיהום ממושט, איסקמיה קריטית, גנגרנה או חום, אודם ובצקת עם או בלי כאב.	הפנייה וטיפול מהיר על ידי צוות רב מקצועי המומחה בכף רגל סוכרתית. ניהול הטיפול בהתאם לצרכי החולה. הפנייה ליועץ מומחה לפי הצורך. מתן הדרכה בע"פ ובכתב. אשפוז והמשך מעקב יומי.

*הכלי והסיווג מתבססים על רכיבי המפתח של Wagner(1979) ו-Boulton & Armstrong (2008)

מידע למטופל המקבל דם או אחד ממרכיביו

- עירוי דם ומרכיביו ניתן עקב חוסר מרכיב דם, בהוראת רופא בלבד.
- לפני קבלת דם, חשוב שתדווחו לרופא או לאחות אם בעבר סבלת מתגובה כלשהי לעירוי של מרכיב דם או כל מידע שיש בידיך הקשור לקבלת דם (כמו: סוג דם נדיר, נוגדנים מיוחדים וכד').**
- דם מותרם ממתנדבים בריאים על ידי מגן דוד אדום. כל מנת דם נבדקת לנוכחות זיהומים היכולים לעבור בעירוי. בנוסף, לפני המתן, מתבצעת בבנק הדם בדיקה מיוחדת לוודא שמנת הדם מתאימה לסוג הדם שלך.
- אם תרגיש שינוי כלשהו בהרגשתך במהלך קבלת העירוי או מיד לאחריו, יש לקרוא לאחות/לרופא. יש להתייחס בעיקר להופעת חום, צמרמורת, גרד, פריחה או כאבים בגב, במותניים או בבטן.**
- תופעות הלוואי בקבלת מרכיבי דם אינן שכיחות אך הסיכוי לכך עולה ככל שמקבלים מרכיבי דם רבים.

המרכז הרפואי שמייר (אסף הרופא)
 מסונף לפקולטה לרפואה ל"ש מיקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
 טל: 08-9779500/1, פקס: 08-9779502
 המרכז הרפואי שמייר
 Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
 Affiliated to Sackler School of Medicine Tel-Aviv University | Zip 7033001
 IsraelTel: +972-89779500/-1 Fax: +972-8-9779502

כרטיס מעקב למטופל המקבל עירוי של מרכיבי דם

פרטי המטופל (אפשר מדבקה)

שם מלא: _____
 מספר ת.ז.: _____
 גיל: _____
 מחלקה / מכון: _____
 תאריך: _____

אסף 37 - האוגדים 2018

סוג המרכיב: (דם, טסיות, פלסמה, קריו)	סוג הטיפול במנה: (מוקרן (דם, טסיות) מסונן (דם) פילטר (טסיות) מחומם (דם) שטוף (דם, טסיות)	תאריך קבלה	האם קיבל הכנה: כן / לא אם כן, פרט	פירוט תגובה- חום / צמרמורת / פריחה / אחר- פרט	המלצה להכנה אקמול / אופטלגין / פנרגן / הדרוקוטיזון / סוג הטיפול במנה- פרט	חתימה וחותמת

סוג המרכיב: (דם, טסיות, פלסמה, קריו)	סוג הטיפול במנה: (מוקרן (דם, טסיות) מסונן (דם) פילטר (טסיות) מחומם (דם) שטוף (דם, טסיות)	תאריך קבלה	האם קיבל הכנה: כן / לא אם כן, פרט	פירוט תגובה- חום / צמרמורת / פריחה / אחר- פרט	המלצה להכנה אקמול / אופטלגין / פנרגן / הדרוקוטיזון / סוג הטיפול במנה- פרט	חתימה וחותמת

סוג המרכיב: (דם, טסיות, פלסמה, קריו)	סוג הטיפול במנה: (מוקרן (דם, טסיות) מסונן (דם) פילטר (טסיות) מחומם (דם) שטוף (דם, טסיות)	תאריך קבלה	האם קיבל הכנה: כן / לא אם כן, פרט	פירוט תגובה- חום / צמרמורת / פריחה / אחר- פרט	המלצה להכנה אקמול / אופטלגין / פנרגן / הדרוקוטיזון / סוג הטיפול במנה- פרט	חתימה וחותמת



טופס הסכמה לקבלת עירוי דם או מרכיביו

עירוי דם או חלק ממרכיביו כגון: דם דחוס, פלסמה, טסיות וקריופריציפיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או אחד ממרכיביו. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת העירוי לגוף המטופל המקבל. עם זאת קיים סיכון קטן ביותר לאי התאמה בין הדם ו/או מרכיביו וגוף המטופל וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולה להיות קטלנית. כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מרכיביו יכילו וירוס העלול לחדור לגוף המטופל מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון ל הדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) בדרך זו והסיכוי להידבק בנגיף הכשל החיסוני - קיימים אך נדירים. עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מרכיביו.

שם המטופל: _____

שם משפחה שם פרטי שם האב תעודת זהות

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר/רופא _____ על הצורך בקבלת דם ו/או מרכיביו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלו. הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירוי ומהם סימנים אלו. כמו כן, ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מרכיביו.

סמך/ני

מטופל מאושפז / במלר"ד - הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ומסכים/ה, כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים ובכפוף לחוק.

מטופל אמבולטורי - הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיבים נוספים במשך שנה, מתאריך החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ומסכים/ה כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת החולה

שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא / היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רישיון

המעבדה למיקרוביולוגיה

טופס בדיקות מולקולריות

תאריך לקיחה: _____
חתימת רופא: _____

מדבקה / פרטי חולה
שם: _____
גיל: _____
ת"ז: _____

TB COMPLEX+Resistance
כוסית סטרילית
כיה / BAL
אחר

Meningitis /Encephalitis
מבחנה עם פקק ורוד של Virus transport או מבחנה עם UTM או מבחנה סטרילית ללא תוסף
פצע / CSF / אחר
HSV 1,HSV2, VZV
Enterovirus ,Parechovirus, Adenovirus CSF
N. meningitidis , S. pneumonia, H. influenza CSF, דם

Respiratory Viral Pathogen
מבחנה עם פקק ורוד של Virus transport /מבחנה עם פקק אדום (Σ-VCM)
Panel 1
RSV A& B אף / אחר
Influenza A אף / אחר
H1N1 swine אף / אחר
Influenza B אף / אחר
Panel 2
Adenovirus אף / אחר
Enterovirus אף / אחר
Metapneumovirus אף / אחר
Parainfluenza 1,2,3,4 אף / אחר

Respiratory Bacterial Pathogen *
מבחנה סטרילית ללא תוסף פקק כחול (swab liquid amies)
Panel 4
Strep. pneumoniae כיה /BAL/
Mycoplasma pneumoniae אחר
Legionella pneumoniae 1
Chlamydia pneumoniae
H. influenza
Bordetella pertussis
Bordetella parapertussis
Chlamydia pneumoniae

nCoV-2019
נספרינג/גרונ

Clostridium difficile
כוסית סטרילית
צואה

PCP(Pneumocystis Jirovercii)
כוסית סטרילית
BAL

STI Panel
מבחינה עם פקק אדום (Σ-VCM) / מבחנה סטרילית ללא תוסף
שתן / זרכי המין
Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, M. genitalium, T. vaginalis

CMV
שתן/מי שפיר/דם\CSF

MRSA/SA*
אף

Aspergillus spp
כוסית סטרילית
BAL/ סרום

*בתיאום עם המעבדה

אסף 39 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: אסף 39

בלוקים: 1*100 | גודל: 21*29.7



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
מיקוד 7033001 | טל': 9779999-08, פקס: 9779999-08 | http://www.assafh.org/

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Affiliated to Sackler School of Medicine Tel-Aviv University
Zip 7033001 Israel | Tel: +972-89779999 Fax: +972-8-9779996 | http://www.assafh.org



גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

טיפול תרופתי במחלות ממאירות על ידי תרופות ציטוטוקסיות Chemotherapy

מטרת הטיפול הכימותרפי היא לטפל במחלה או למנוע את הישנותה על-ידי פגיעה בתאים הממאירים ולהרסם. כימוטרפיה ניתנת בד"כ בעירוי לתוך הוריד, אך חלק מהטיפולים ניתנים דרך הפה. קיימים מקרים בהם הטיפול הכימותרפי ניתן בצורות אחרות, למשל, בהזרקה לתוך תעלת השדרה, או לאיבר המטרה. הטיפול הכימותרפי ניתן, בדרך כלל, בשילוב של מספר תרופות ובצורה מחזורית. לעתים הטיפול כולל תרופה אחת בלבד. תכנון הטיפול, מינון התרופות ומשך הטיפול, נקבעים על פי תכנית טיפול סטנדרטית ("פרוטוקול") המותאמת לממדי הגוף (שטח הגוף, הגזר מהגובה והמשקל) תוך התחשבות במחלות אחרות של החולה. מהלך הטיפול עשוי להשתנות בהתאם לתגובת הגוף לטיפול.

הטיפול הכימותרפי הניתן כדי לפגוע בתאי הסרטן, פוגע גם ברקמות בריאות. הטיפול הכימותרפי כרוך בתופעות לוואי ובסיבוכים רב מערכתיים שעלולים להיות קשים ו/או בלתי הפיכים ועלולים להסתיים במוות.

חומרת תופעות הלוואי ואופיין שונים בטיפולים הכימותרפיים השונים ולא כל תופעות הלוואי המפורטות בהמשך הלוואי ו/או שונים בטיפולים הכימותרפיים הספציפי שיינתן לך.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

על מחלתי הממארת וכי הומלץ לי לקבל טיפול כימותרפי. פרטי/ התרופה/ות המתוכננת/ות:

אופן מתן התרופה/ות: דרך הפה/ לווריד/אחר (פרטי/)

משך הטיפול המתוכנן _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות למחלתי.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי שרובן הפיכות. תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים בעקבות הטיפול הכימותרפי כוללים, בין השאר, את התופעות הבאות: בחילה והקאה, חולשה ותחושת עייפות, נשירת שיער (הפיכה בדרך כלל), ירידה במספר כדוריות הדם הלבנות, שעלולה לגרום להתפתחות זיהומים, ירידה במספר הטסיות (כדוריות הדם שאחראיות על קרישת הדם), שעלולה לגרום לדימומים, ירידה במספר כדוריות הדם האדומות (אנמיה), הגורמת לחולשה, הפרעות במערכת העיכול, כולל שלשול ועצירות, הופעת כיבים (פצעים) בפה, על גבי הלשון, או בחלקים אחרים במערכת הבליעה ושינויים בעור ובציפורניים.

דליפת תרופות כימותרפיות מחוץ לווריד, עלולה לגרום לתגובה דלקתית או לנמק מקומי. לתרופות ספציפיות יש גם תופעות לוואי מיוחדות, כגון: תופעות אלרגיות, נזק לשריר הלב, נזק לריאות, נזק לכליות, נזק לכבד, פגיעה בשמיעה ופגיעה בעצבים, כולל פגיעה בזיכרון ובריכוז.

חלק מהתופעות והסיבוכים עלול לחייב אשפוז בבית החולים ובמצבים נדירים עלול להסתיים במוות.

קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שנייה מספר שנים לאחר סיום הטיפול הכימותרפי.

בגיל הפוריות, הכימותרפיה עלולה לגרום לפגיעה בפוריות וכן לתופעות הקשורות לחסר בהורמוני המין.

בכל גיל, תתכן פגיעה בתפקוד המיני, שבדרך כלל חולפת לאחר סיום הטיפול.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות שלא ניתן לצפותן מראש אך משמעותן הוסברה לי. אני מסכים/ה גם לאותו

שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול.

אם במהלך הטיפול תתבצע הרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)
חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------

טופס מספר: אסף 42

בלוקים: 1*100 | גודל: 21*29.7 | 3 עמודים | מודפס צד אחד | צבע אחד - שחור



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
 מחלקת הרדמה
 טל': 08-9779466, פקס: 08-9779463



Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) Affiliated to Sackler School of Medicine Tel-Aviv University | Zip 7033001 Israel
 ANESTHESIA
 Tel: +972-89779466 Fax: +972-8-9779463 email: nanap@asaf.health.gov.il

אילחוש אפידורלי בלידה EPIDURAL ANESTHESIA

מטרת האילחוש האפידורלי להפחית את הכאב בשלבי הלידה. האילחוש ניתן על פי בקשתה של היולדת ובהסכמתה. במצבים מיילדותיים מסוימים, כגון לידת תאומים, לידת עכוז, או במקרה בו קיימת סבירות לצורך בנייתוח קיסרי יומלץ לילדת לבצע את האילחוש גם אם לא יזמה זאת בעצמה.

אופן מתן האילחוש: לאחר שהעור והרקמות הרכות באזור גב תחתון הורדמו באמצעות זריקה, מוחדרת מחט לחלל האפידורלי (החלל שסביב חוט השדרה), דרכה מועברת צינורית דקה לצורך הזרקת חומר האילחוש. הצינורית נשארת במקום זה עד לסיים הלידה או לאחריה בהתאם לצורך. החומר מוזרק בריכוזים נמוכים כדי לא להשפיע על פעילות שרירי הבטן והמהלך התקין של הלידה. כתוצאה מכך תתקבל תחושה שפלג הגוף התחתון "רדום" - ובדרך כלל היולדת לא תחוש בכאב משמעותי. חלק מהנשים חשות לחץ בשעת ציר. יתרון השיטה בכך שהיולדת נשארת ערה, יכולה לשתף פעולה עם הצוות המיילד, והיילוד לא מושפע מחומרי ההרדמה. במידה ונדרש ניתוח קיסרי ניתן להוסיף חומר דרך הצינורית ולהגיע לדרגת האילחוש הרצויה לניתוח.

שם היולדת: _____
 שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת. ז. _____
 אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____
 שם משפחה _____

על אילחוש אפידורלי, מטרתו, דרך ביצועו ויתרונו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות בעת החדרת המחט, ותחושה זמנית של נימול ורעד עם תחילת השפעתו של חומר האילחוש.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות כאבי ראש חדים כתוצאה מחדירת המחט לעטיפת חוט השדרה. תופעות אלו עלולות לדרוש טיפול. במקרים נדירים ביותר תתכן פגיעה עצבית קבועה, זיהום מקומי (מורסה) ו/או בקרומי המוח, ושטף דם באזור ההזרקה.

לאחר שהבנתי את ההסבר האמור לעיל, אני מבקשת ומסכימה בזאת לקבל אילחוש אפידורלי.

אני מסכימה בזאת שהאילחוש יבוצע בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שי יעשה, כולו או חלקו, בידי אדם מסויים ובלבד שיבוצע באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת היולדת _____
 שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת _____
 האפוטרופוס (במקרה של קירבה פסול דין, קטיין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה ליולדת/לאפוטרופוס של היולדת * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחק את המיותר

ט' 0041/0041 EPI/HOB/ANEST/ינואר 2001



החברה לניהול סיכונים ברפואה

אסף 53



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
 האיגוד הרופאים המרדמים בישראל

טופס מספר: אסף 53
 בלוקים: 1*100 | גודל: 21*29.7

התקבלת לאשפוז במרכז הרפואי שמיר שהינו אוניברסיטאי והשלישי בגודלו במערכת הממשלתית. למרכז הרפואי מחלקת מיון פעילה הכוללת מיון טראומה, וכן מחלקות אשפוז בכל התחומים, כולל מחלקת יולדות וחדרי לידה מהחדשים בארץ.

למרכז הרפואי מרפאות ומעבדות בכל תת התמחות רפואית ואף תחומים ייחודיים כגון רפואה היפרבארית המטפלת בתא לחץ, מכוני דימות מהחדשים בארץ בהם מכשירי CT ו-MRI. ניתן לקבל כאן כל מגוון השירותים הניתנים בבי"ח מודרני, למעט טיפול קרינתי, ניתוח לב פתוח והשתלות איברים.

במרכזנו נערכים מחקרים, חלקם בינלאומיים, המוצגים בכנסים בארץ ובעולם.

המרכז הרפואי שמיר הינו מרכז רפואי מודרני, מתקדם ואקדמי. הוא אחד מששת בתי החולים שמסונפים לבית הספר לרפואה של אוני' ת"א ובנוסף, קיימים בקמפוס שמיר שלושה בתי ספר אקדמיים: בית ספר אקדמי לסיעוד, המסונף לאוניברסיטה העברית בירושלים, בית ספר לפיזיותרפיה המסונף לאוניברסיטת תל אביב ובית ספר לרנטגן, בשיתוף אוניברסיטת תל אביב.

ההנהלה וצוות ביה"ח עושים ככל שביכולתם לתת טיפול עדכני, איכותי ושוויוני בסטנדרטים מקצועיים גבוהים, העומדים בדרישות תקנים בינלאומיים מחמירים, בהתאם לחוקים ולהנחיות משרד הבריאות. חרטנו על דגלנו כסיסמה מחייבת את ההקפדה על יחס אישי למטופלים ובני משפחותיהם.

לרשות המטופלים ובני משפחתם עומד קניון בכניסה לבית החולים ומקומות חניה.

ההנהלה וצוות ביה"ח עושים כמיטב יכולתם להקל על שהותן בביה"ח.

על מנת שנוכל לספק טיפול מיטבי אנו זקוקים לשיתוף הפעולה שלכם. לשם כך אתם/ בני משפחתך מתבקשים לקרוא חוברת זו שנועדה לשמור על בטיחותך במהלך אשפוז ולספק לך מידע בנוגע לזכויותיך.

אנן מאחליף אף פאלאפה מפרה ורפואה לאמה!

בברכה,
הנהלה וצוות העובדים
המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)

היגיינה? זה גם בידיים שלך!



ישנן דרכים רבות להידבק במחלות אך ניתן להפחית זאת באופן משמעותי גם על ידי הקפדה על היגיינת הידיים. במעבדות המחקר של ד"ר פישר פיתחו את סדרת ד"ר פישר ALCO-GEL, גל ומבנונים, על מנת לשמור על הבריאות ולהפחית את הסיכון להידבק במחלות. תכשירי הסדרה מבוססים על נוסחה ייחודית המשלבת אלכוהול לניקוי יסודי, פרט ויטמיני B5 וגליצרין לשמירה על לחות ורכות העור. הסדרה מאפשרת ניקוי מהיר, יעיל ויסודי ללא צורך במים וסבון. השימוש בתכשירי ALCO-GEL מעניק היגיינה מירבית ומותיר תחושה נעימה ורעננה בכפות הידיים.

ד"ר פישר ALCO-GEL מהווה פתרון יעיל, זמין, נוח וידידותי לשמירה מירבית על היגיינת הידיים בכל זמן ומצב. במקומות ציבוריים, בעבודה, בנסיעות ובטיולים, בחיק טבע, בן ובבית ספר ואפילו בבית, תכשירי ALCO-GEL מומלצים לשמירה על היגיינה לפני/אחרי החלפת חיתול, למטפלים בחולים, לבעלי חיות מחמד, למשרתים בצבא ולכל הנוקדים לפתרון זמין, יעיל ומהיר לשמירת היגיינת הידיים. בנוסף ALCO-GEL משמש גם סגל רפואי, רופאים ואחיות במרפאות, בבתי חולים ובאמבולנסים.

מומחי בריאות קובעים - ניתן להפחית משמעותית הידבקות במחלות על ידי שמירה על היגיינת הידיים

גל לשמירה על היגיינת הידיים

נוסחה ייחודית המשלבת אלכוהול לניקוי יסודי, גליצרין לניקוי העור ופרט-ויטמיני B5 לחות. לניקוי מהיר ויעיל ללא צורך במים וסבון. מכיל 75%-80% אלכוהול לניקוי יעיל. ניתן להשיג בריחות מרעננים: תפוח קיץ, לימון, אפרסק ונטרול.



מבנונים היגיינים לידיים

נוסחה ייחודית המשלבת אלכוהול לניקוי יסודי, גליצרין לשמירה על רכות העור ותמצית אלוורה להרגעת העור. מכיל 70% אלכוהול לניקוי יעיל. מבנונים ארוזים באריזה אישית מותאמת לנשיאה בכיס.



מבנונים לחיטוי משטחים

מבנונים לניקוי וחיטוי אנטיביוטיקטריאלי של משטחים ואביזרים. מבנונים גדולים ועבים במיוחד, עומדים בתקן הישראלי לחיטוי משטחים.



תשלובת ד"ר פישר - החטיבה הדומטולוגית
ת.ד. 39071 תל אביב 6139001
www.dr-fischer.co.il
05210 3465

ד"ר פישר - זה קָדוּק



דברים שצריך לדעת: חברת מידע למטופל ובני משפחתו בנושאי בטיחות וזכויות החולה



הדרכה למניעת נפילות

בית החולים מהווה סביבה לא מוכרת, מצבך הרפואי והטיפול התרופתי עלולים להגביר את הסיכון לנפילות. לפיכך מספר המלצות שימושיות למניעת נפילות:

- ירידה מהמיטה מותרת רק באישור של רופא או אחות.
- הירידה הראשונה מהמיטה לאחר ניתוח\ פעולה פולשנית הינה לאחר אישור האחות המטפלת ובליווי של איש צוות.
- בכל מקרה של חולשה / סחרחורת / הרגשה לא טובה יש לקרוא לצוות המטפל לפני ירידה מהמיטה, או בזמן ההליכה.
- ליד מיטתך מונח פעמון קריאה לאחות. השאר אותו בהישג ידך.
- הנח חפצים חשובים לך בהישג ידך.
- לעיתים עלינו לסגור את דפנות המיטה להגנתך, אנא קבל זאת בהבנה.
- יש לרדת מהמיטה באופן הדרגתי: לעבור קודם משכיבה לישיבה, ורק לאחר שאתה חש יציב, לעבור לעמידה.
- בדרתך מהמיטה נעל תמיד נעליים סגורות למניעת החלקה. אל תרד מהמיטה בגרביים בלבד. המנע מלדרוך על רצפה רטובה.
- לבש מכנסיים באורך מותאם למניעת נפילה. אם קיבלת בגדים במידה לא מותאמת, או שהם פגומים, אנא פנה לצוות על מנת להחליפם.
- חשוב לוודא שעזרים היכולים לסייע לך בירידה מהמיטה נמצאים בהישג ידך: משקפיים, מכשיר שמיעה, פעמון קריאה, נעליים ועזרים כגון: הליכון, מקל.
- אל תנסה לקום בעצמך מכיסא גלגלים - בקש את עזרתנו לצורך נעילת גלגלי הכיסא.

בקבלתך לביה"ח

- עליך למסור לצוות הרפואי מידע מלא ומדויק על מצבך הבריאותי, כולל מסמכים רפואיים שנמצאים ברשותך.
- ליידע את הרופאים והאחיות מהן התרופות (כולל תרופות טבעיות ותוספי מזון) שאתה נוטל באופן קבוע.
- הינך מתבקש לדווח לרופא ולאחיות על כל רגישות, כמו רגישות לתרופות, לחומרים או למזון.

במהלך אשפוז

- חשוב שתהיה שותף פעיל לטיפול מוצלח ויעיל. לכן שאל את הצוות המטפל בך:
- מה הבעיה הרפואית שלי?
- מה עלי לעשות כדי לטפל בה?
- למה חשוב שאעשה זאת?
- עליך ליידע את הצוות המטפל בך על כל שינוי שחל במצבך.

בשחרור

על מנת לשמור על רצף והמשכיות הטיפול הרפואי, עם שחרורך מבית החולים, עליך לגשת לרופא המטפל בקהילה עם מכתב השחרור.

מטעמי נוחות החוברת נכתבה בלשון זכר, אך מיועדת לגברים ונשים כאחד

הדרכה למניעת זיהומים:

- נושא מניעת הזיהומים ורצחת הידיים נמצא אצלנו בקדימות ראשונה!
- ידיים נקיות עוזרות למנוע זיהומים.
- אנו מקפידים לרחוץ ידיים במים וסבון, או לחטא אותן בחומר לחיטוי לפני ואחרי הטיפול בך.
- אם אינך בטוח שכך נהגנו, בקש מאיתנו לרחוץ או לחטא את הידיים לפני שאנחנו מתחילים לטפל בך.

עזור לנו למנוע זיהומים:

- אנו מבקשים ממך ומבני משפחתך/מבקרים, לסייע לנו ע"י רצחת ידיים, לפני כניסתכם ולפני צאתכם מחדר האשפוז.
- לאחר רצחת ידיים במים וסבון יש לנגב היטב את הידיים, במגבות נייר בלבד! מגבות הרצחה מיועדות לשימושך הפרטי בלבד!
- בקש מקרובים מצוננים, או חולים, שלא להגיע לביקור בבית החולים עד שיחלימו.
- אנו מבקשים ממך ומבני משפחה ומבקרים, להימנע מלגעת בחפצים שסביבכם, כולל ציוד וחפצים שמשרתים את שניכך לחדר.

מטופל יקר דע מהן זכויותיך:

הזכות לקבלת טיפול רפואי נאות:

זכותך לקבל טיפול רפואי מקצועי ואיכותי המלווה ביחס אנושי, ללא כל אפליה על רקע של דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, וכיוצא באלה.
אם פנית לחדר מיון, זכותך להיבדק שם בידי רופא.

זהות המטפל:

זכותך לדעת את שמו ותפקידו של איש הצוות המטפל בך, וחובתו של המטפל להזהרות בפניך, ולשאת תג זיהוי ברור.

הסכמה לטיפול רפואי:

זכותך לקבל הסבר מתאים ומובן על מצבך הרפואי, ועל אפשרויות הטיפול המתאימות לך וחלופותיהן, סיכונים, סיכויים ותופעות לוואי אפשריות, כולל בהימנעות מטיפול. חשוב שתמסור למטפל את המידע אודות ההיסטוריה הרפואית שלך כדי שהאבחנה והטיפול המוצע לך יהיו מתאימים.
זכותך שלא לקבל טיפול רפואי שלא הסכמת לו (פרט למקרים חריגים הקבועים בחוק).
זכותך למנות מיופה כוח, שיהיה מוסמך להסכים במקומך לטיפול רפואי במקרה בו לא תוכל לקבל החלטה.

שמירה על כבוד ופרטיות:

זכותך שהמטפלים שלך וכל עובדי המוסד הרפואי ישמרו על כבודך ועל פרטיותך בכל שלבי הטיפול הרפואי.

בבדיקות רפואיות מסוימות זכותך לנוכחות אדם נוסף בחדר לפי בקשתך.

שמירה על סודיות רפואית:

זכותך שסודיות המידע הרפואי אודותיך תישמר וחובתם של המטפלים לך בהלטיח שמירה על סודיות המידע הרפואי הנוגע אליך ולטיפולך בך שהגיע אליהם עקב תפקידם.

מסירת מידע רפואי לאחר:

זכותך שמידע רפואי אודותיך ימסר לאחר רק בהסכמתך או כאשר לפי הוראות החוק הדבר מותר או הינו חובה.

חוות דעת נוספת:

זכותך לזיום קבלת חוות דעת רפואית נוספת (ממטפל בתוך המוסד הרפואי או מחוץ למוסד הרפואי) בנוגע למצבך ולטיפול המומלץ. מחובת הצוות הרפואי במוסד לסייע לך בכך.

רצף טיפולי:

במעבר בין מטפלים או בין מוסדות רפואיים, זכותך לבקש שהמטפלים והמוסדות הרפואיים יפעלו בשיתוף פעולה לשם הבטחת המשך טיפול רפואי נאות בך.

קבלת מבקרים:

במהלך אשפוז זכותך לקבל מבקרים בשעות שיועדו לך על ידי הנהלת בית החולים.

קבלת מידע רפואי:

זכותך לקבל מהמטפל או מהמוסד הרפואי מידע רפואי מהרשומה הרפואית שלך, או העתק הרשומה הרפואית (קבלת העתק הרשומה עשויה להיות כרוכה בתשלום).

עם שחרורך מטיפול זכותך לקבל סיכום של מהלך הטיפול או האשפוז, בכתב.

פניות הציבור:

זכותך לפנות לאחראי על פניות הציבור זכויות המטופלים ממוסד הרפואי בכל הערה, תלונה, שאלה או המלצה, בטלפון 08-9779977 או בפקס 08-9779979 או באמצעות אתר האינטרנט של בית החולים www.shamir.org.
זכותך לקבל ממצאים ומסקנות של בדיקת תלונתך.

Декларация прав пациента

Право на получение надлежащего медицинского лечения:

Вы имеете право на получение профессионального, качественного лечения и человеческого отношение без какой-либо дискриминации по религиозным убеждениям, расовому признаку, полу, национальности, стране исхода или сексуальной ориентации.

При обращении в приемное отделение больницы Вы имеете право на осмотр врачом.

Личность представителя лечебного персонала:

Вы имеете право знать фамилию и должность обслуживающего вас сотрудника лечебного колледжиа, он обязан представиться вам и иметь четко различимую идентификационную бирку.

Согласие на лечение:

Вы имеете право на получение надлежащего четкого разъяснения относительно состояния вашего здоровья и подходящих Вам вариантов лечения, об альтернативных вариантах лечения, их рисках, шансах и возможных побочных эфффектах, включая вариант отсутствия лечения.
Очень важно сообщить лечебному персоналу все сведения о вашей истории болезни с тем, чтобы предлагаемое Вам лечение соответствовало поставленному диагнозу.

Вы имеете право не проходить курс лечения, на который вы не дали своего согласия (кроме установленных законом исключительных случаев).

Вы вправе назначить доверенное лицо, уполномоченное давать вместо вас согласие на тот или иной вид лечения в случае, если вы будете не в состоянии принимать решение.

Уважение достоинства пациента и обеспечение

неприкосновенности частной жизни:

Вы имеете право на то, чтобы на всех этапах лечения лечащий персонал и все сотрудники медицинского учреждения уважали ваше достоинство и обеспечивали неприкосновенность вашей частной жизни.
При проведении определенных медицинских обследований вы имеете право на присутствие дополнительного лица в кабинете на ваше усмотрение.

Сохранение врачебной тайны:

Вы имеете право на сохранение в тайне относящихся к вам данных, а сотрудники медицинского учреждения обязаны гарантировать сохранение врачебной тайны применительно к вашему лечению и относящейся к вам информации, которая оказалась в их распоряжении в силу занимаемых ими должностей.

קריאה לצוות הסיעודי

לרשותך פעמון נגיש, ליד המיטה ובחדרי הרחצה והשירותים, על מנת לקרוא לצוות הסיעודי בעת הצורך.

אתה מוזמן לפנות לצוות המטפל בכל שאלה, בעיה.

הנחיות למניעה וטיפול בכאב <p>נבקש מנך לפחות פעם ביום לציין מה מידת הכאב שלך בסולם 0-10. רק אתה יודע עד כמה כואב לך! דווח מיוזמתך על כל כאב פתאומי שהופיע. דיווח על עוצמת כאבך מאפשר לנו לתת טיפול יעיל.</p> <p>שיתוף הפעולה שלך בלקיחת התרופות בזמנים שנקבעו בהתאם להוראת הרופא ודיווח על עוצמת הכאב הוא תנאי הכרחי לטיפול בכאב ומניעתו.</p>
--

יש לפנות לצוות המחלקה בבקשה לסייע במיוחד אם הבחנתם באחד מהמצבים הבאים: <ul style="list-style-type: none">כאב חד ופתאומי בראש, בחזה ו\ או בבטן קושי בנשימה שינוי במצב ההכרה הופעת פריחה חדשה הופעת פצע חדש כל דבר אחר שמדאיג, חריג ויוצא דופן בעיניך

ميثاق حقوق المريض

الحق في تلقي العلاج الطبي اللائق:

يحق لك تلقي العلاج الطبي المهني وعالي الجودة مصحوبًا بالمعاملة الإنسانية دون تمييز على أساس الدين، العرق، الجنس، القومية، أرض المنشأ، الميول الجنسية، وما إلى ذلك.
إذا قمت بالتوجه إلى غرفة الطوارئ، فمن حَقك أن يقوم طبيب هناك بفحصك.

هوية المُعالِج:

يحق لك معرفة اسم ووظيفة عضو الطاقم الذي يعالجتك، ومن واجب مُقدّم العلاج أن يعرّف نفسه أمامك، وأن يضع بطاقة تعريف واضحة.

الموافقة على تلقي العلاج الطبي:

يحق لك تلقي شرحًا مناسبًا ومفهوميًا حول وضعك الصحي، وحول إمكانيات العلاج الملائمة لك وبدائلها، فضلًا عن المخاطر واحتمالات النجاح والأعراض الجانبية التي من الممكن حصولها، بما فيها تلك التي قد تحصل عند الامتناع عن تلقي العلاج.
من المهم أن تعطي لمُقدّم العلاج كامل المعلومات المتعلقة بتاريخ سجلك الطبي لكي تتم ملاءمة عملية التشخيص والعلاج المُقدّم لك.

يحق لك عدم تلقي العلاج الطبي الذي لم توافق عليه (ما عدا في الحالات الاستثنائية المحددة في القانون).

يحق لك تعيين وكيل عنك، بحيث يكون مفوضًا بالموافقة نيابةً عنك على تلقيك للعلاج الطبي في حال لم تكن قادرًا على اتخاذ القرار.

الحفاظ علي الكرامة والخصوصية:

لك الحق في أن يُحافظ كل من مقدمي العلاج لك وجميع العاملين في المؤسسة الطبية على كرامتك وخصوصيتك في مختلف مراحل العلاج الطبي.
يحق لك خلال بعض الفحوص الطبية المعينة أن يتواجد معك شخص آخر في الغرفة بناء على طلبك.

الحفاظ على سرية المعلومات الطبية:

يحق لك أن يتم الحفاظ على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بك، ومن واجب مقدمي العلاج لك أن يضمنوا الحفاظ على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بك وبعلاجك، والتي وصلت إلى أيديهم بموجب طبيعة وظيفتهم.

הנחיות בטיחות

ברצוננו להזכיר:

- המנע מלהביא חפצי ערך לביה״ח. במידה והבאתה רצוי למוסרם לכן משפחה עם קבלתך לאשפוז.
- ניתן להפקיד חפצי ערך בכספת המיועדת למטרה זו הנמצאת במשרד הקבלה, בבניין המחלקה לרפואה דחופה (הבניין האדום).
- המנע מהשארת חפצי ערך ללא השגחה. (ביה״ח אינו אחראי על חפצי ערך).
- חל איסור על עישון בחדר, בשירותים וברחבי בית החולים.
- לפני צאתך מהמחלקה, חשוב שתודיע על כך לאחות שמטפלת בך. גם בחזרתך למחלקה, הודע לנו.
- שעות הביקור המחלקתיות מופיעות בדפי המידע המחלקתיים ובשלטי המידע במחלקות.
- בקש מהמבקרים שלך להגיע בשעות הביקור בלבד, כך תוכל ליהנות מחברתם, אך גם לנוח בשעות המנוחה, ולזכות בתשומת הלב שלנו בשעת הטיפול בך.

الحفاظ على سرية المعلومات الطبية:

يحق لك أن يتم الحفاظ على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بك، ومن واجب مقدمي العلاج لك أن يضمنوا الحفاظ على سرية المعلومات الطبية المتعلقة بك وبعلاجك، والتي وصلت إلى أيديهم بموجب طبيعة وظيفتهم.

نقل المعلومات الطبية لشخص آخر:

يحق لك ألا يتم نقل المعلومات الطبية المتعلقة بك لشخص آخر إلا بموافقتك أو حينما يكون الأمر متعلقًا أو إلزاميًا بموجب أحكام القانون.

استشارة طبية إضافية:

يحق لك الحصول على استشارة طبية إضافية (من مختص من داخل المؤسسة الطبية أو من خارج المؤسسة الطبية) حول وضعك الصحي والعلاج الموصى به.
من واجب الطاقم الطبي في المؤسسة مساعدتك في هذا الأمر.

استمرارية العلاج:

عند الانتقال من مُعالِج إلى آخر أو من مؤسسة طبية إلى أخرى، يحق لك أن تطلب أن يتعاون مقدّمو العلاج والمؤسسات الطبية فيما بينهم من أجل ضمان استمرارية تقديم العلاج الطبي لك بصورة لائقة.

استقبال الزوّار:

يحق لك خلال المكوث في المؤسسة الطبية استقبال الزوار ضمن الساعات التي تخصصها إدارة المستشفى لهذا الغرض.

تلقي المعلومات الطبية:

يحق لك أن تحصل من الشخص المُعالِج أو من المؤسسة الطبية على المعلومات الطبية الموجودة في سجلك الطبي، أو على نسخة كاملة من السجل الطبي (من الممكن أن يكون الحصول على نسخة من السّجل الطبي منوطا يدفع رسوم مالية).

يحق لك عند تسريحك من المؤسسة بعد انتهاء العلاج أن تحصل على ملخص لإجراءات العلاج أو تفاصيل مكوثك في المؤسسة خطيًا.

استعلامات الجمهور:

من حَقك التوجّه للمسؤول عن توجهات الجمهور وحقوق المرضى بأي ملاحظة / شكوى / استفسار / توصية، على الهاتف رقم: 08-9779977 أو الفاكس رقم: 08-9779979 أو عبر موقع الإنترنت التابع للمستشفى على العنوان: www.shamir.org.

يحق لك تلقي النتائج التي تم استخلاصها في أعقاب فحص شكواك.

טופס מספר: **אסף 59** (חוברת מידע למטופל ובני משפחתו)

גודל סגור: A5 | מודפס פרוצס דו-צדדי

The Charter for Patients' Rights

The right to receive proper medical care:

You have the right to receive professional and high quality medical care along with a humane attitude, devoid of any discrimination based on religion, race, sex, nationality, country of origin, sexual orientation, etc.

If you are admitted to the Emergency Room, you are entitled to be examined by a physician in the Emergency Room.

Clinician identity

You have the right to know the name and the professional title of the staff member treating you. It is his/her obligation to identify themselves and to wear a clear identification badge.

Consent to medical treatment:

You have the right to receive an appropriate and understandable explanation about your medical condition, about the treatment options suitable for you, alternative treatments, risks and possible side effects, including those associated with lack of treatment. It is important for you to inform the clinician about your medical history in order to ensure that your diagnosis and the proposed treatment are appropriate.

You have the right to refuse medical treatment that you have not consented to (other than in exceptional cases as defined by law). You have the right to give power of attorney to a person to give consent to medical treatment on your behalf in situations where you are not able to make a decision.

Dignity and Privacy:

It is your right that those treating you directly, and all the employees of the medical facility, shall protect your dignity and privacy at all stages of the medical treatment. You are entitled to have another person present in the room upon your request, during certain medical examinations.

Medical confidentiality:

A clinician or any other staff member of a medical facility may not disclose any information concerning a patient which came to their knowledge during the performance of their duties, nor during the course of treatment of the patient.

Providing medical information to others:

It is your right that your medical information is provided to other parties only with your permission, or if it is permitted or mandated by law.

Second opinion:

You have the right to request a second medical opinion (from a clinician within the medical facility or outside the medical facility) regarding your medical condition and the recommended treatment. The medical staff of the facility are obliged to assist you with this request.

Continuity of care:

If you transfer from one clinician or medical facility to another, you are entitled to request cooperation between the clinicians or the facilities, to ensure proper continuity of your medical care.

Receiving visitors:

During your hospitalization you have the right to receive visitors at designated times, as determined by the hospital administration.

Receiving medical information:

You are entitled to receive from the clinician or the medical facility medical information from your medical record, or a copy of your medical record. (Receiving a copy of your medical record may involve payment.)

Upon discharge from hospital, you have the right to receive a written summary of the course of treatment or hospitalization.

Public enquiries:

You are entitled to contact the director of patient rights and public inquiries with any comment/complaint/question/recommendation, at phone number 08-9779977, or fax: 08-9779979, or through the hospital website: www.shamir.org. You have the right to receive the findings and conclusions of the investigation of your complaint.

שירותים בבית החולים:

בית כנסת, שירותי טלויזיה, שירותי אזרח ותיק בקומת הכניסה בבניין עליזה בגין.

מקומות חנייה בחניון תת קרקעי בכניסה לבית חולים.

"קולנועם" – בית קולנוע לילדים בכניסה למחלקת ילדים.

"נתיב החסד" – השכרת ציוד עזר רפואי.

הנגשת שירותים לנכים – בעמדות הקבלה ברחבי בית החולים מותקנים מכשירים לשיפור השמיעה ומכשירי הנחיה לעיוורים.

שיר"מ – מרכז לרפואה אלטרנטיבית.

תחנת משטרה בכניסה למיון.

קפיטריות וחניות נוספות ברחבי ביה"ח ובקניון.

מלונית לילדות ממוקמת בבניין כהנוב.

מלון שדות נמצא בקניון.

אנו כאן למענך!

בברכת האלוקה אבינו
צוות האחראים ובית החולים

בצד זכויותך באחריותך להקפיד על כללי התנהגות נאותים:

שמור על כבוד הצוות המטפל.

שמור על הציוד, הניקיון והשקט.

המנע מהכנסת מזון לא כשר לבית החולים.

הימנע משיחות בטלפון הסלולרי במחלקה בכלל ובחדר בפרט.

העישון אסור בכל מבני בית החולים.

לידיעתך, במחלקות רבות בבית חולים מתקיימת הוראת

סטודנטים במקצועות רפואיים ובמקצועות הבריאות,

אנו מבקשים שתגלה סבלנות לדור העתיד שלנו.

אנו משתדלים להקדיש תשומת לב לכל אחד

מהמאושפזים. כדי שגם לך נוכל לתת את אותה תשומת

לב יתכן שלעיתים תאלץ להמתין. אנא, התאזר בסבלנות.

טופס מספר: **אסף 59** (חוברת מידע למטופל ובני משפחתו)

גודל סגור: A5 | מודפס פרוצס דו-צדדי



הוראות הרופא ל-24 שעות לאחר ניתוח החולה

תאריך: _____ שם החולה: _____ סוג ההרדמה: _____
סוג הניתוח: _____

אנטיביוטיקה	אנלגטיקה	עירוי נוזלים	עירויים שקיבל בחדר ניתוח
הערות	נוזלים	זונדה	קטטר

חתימת הרופא: _____

חתימת האחיות המקבלת את ההוראות: _____

אסף 61 - דפוס האוגדים 2017

שם החולה _____
מספר ביחידה _____

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
יחידה לטיפול נמרץ בחולי לב קורונריים
i.c.c.u.

גליון תרופות

יום			
תרופות קבועות			
תרופות פעמיות			
בדיקות			

שם החולה _____
מספר ביחידה _____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
יחידה לטיפול נמרץ בחולי לב קורונריים
i.c.c.u.

גליון תרופות

יום			
תרופות קבועות			
תרופות פעמיות			
בדיקות			

אסף 74 - האוגדים 2020

טופס מספר: אסף 74

גודל: 29.7*21 | מודפס דו-צדדי + חורי תיוק | בלוקים: 100*1



מכתב שחרור הילוד

אפגר '5 '1	אופן לידה C.S. לדני V.E	משך ההריון שב	תאריך לידה
מין ז נ	גדילה תוך רחמיה SGA AGA LGA	משקל לידה גרם	
משקל שחרור גרם	תאריך שחרור	היקף הראש ס"מ	

מדבקה

(סמן X ליד האבחנה המתאימה)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> V30 .0 NORMAL TERM | <input type="checkbox"/> 778 .4 DEHYDRATION FEVER |
| <input type="checkbox"/> 765 .1 PREMATURITY | <input type="checkbox"/> 774 .6 PHYSIOLOGIC JAUNDICE |
| <input type="checkbox"/> 766 .2 POSTMATURITY | <input type="checkbox"/> 774 .6 IDIOPATHIC JAUNDICE |
| <input type="checkbox"/> 765 .1 LOW BIRTH WEIGHT | <input type="checkbox"/> 773 .3 ABO HEMOLYTIC JAUNDICE |
| <input type="checkbox"/> 761 .1 PREMATURE RUPTURED MEMBRANES | <input type="checkbox"/> 271 .0 G6PD DEFICIENCY |
| <input type="checkbox"/> 760 .7 ANTIBIOTIC TREATED FETUS | <input type="checkbox"/> 776 .4 POLYCYTHEMIA |
| <input type="checkbox"/> 768 .6 BIRTH ASPHYXIA | <input type="checkbox"/> 776 .5 CONGENITAL ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> 767 .9 SCALP LACERATION | <input type="checkbox"/> 785 .2 HEART MURMUR |
| <input type="checkbox"/> 767 .1 CEPHALHEMATOMA | <input type="checkbox"/> 778 .6 HYDROCELE |
| <input type="checkbox"/> 767 .1 CAPUT SUCCEDANEUM | <input type="checkbox"/> 752 .5 CRYPTORCHIDISM |
| <input type="checkbox"/> 767 .2 FRACTURED CLAVICLE | <input type="checkbox"/> 752 .6 HYPOSPADIAS |
| <input type="checkbox"/> 775 .1 INFANT OF DIABETIC MOTHER | <input type="checkbox"/> 754 .5 FORE FOOT ADDUCTION |
| <input type="checkbox"/> 775 .0 HYPOGLYCEMIA | <input type="checkbox"/> 754 .3 DISLOCATED HIP |
| <input type="checkbox"/> 778 .8 ERYTHEMA NEONATORUM | <input type="checkbox"/> 771 .6 DACRYOCYSTITIS |

אבחנות נוספות:

בדיקה:

מהלך האשפוז:

המלצות:

מעקב בטיפת חלב/רופא מטפל

פעם ביום VIT D3 400 I.U

חיטוי טבור עם אלכוהול 70% כל החתלה

U/S פרקי ירכיים רגיל 6 שבועות

כלכלה: יניקה/חלב אחר כל 3 - 4 שעות

I.M.VITAMIN K	HBV	PKU/THY	החזר אור אדום	BCG	HEP B IG
חתימת רופא	חתימת אחות	חתימת האם	סינון שמיעה עבר / לא עבר	G6PD תקין / חסר	

מלף טופ!

אסף 82

טופס מספר: אסף 82

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 1*100



המרכז הרפואי שמיר
(אסף הרופא)
מעבדה המטולוגית
טל' 9769,9764



מדבקת זיהוי

שם החולה: _____

ת.ז. _____

מחלקה: _____

נא לבצע בדיקת PROCALCITONIN בדגימה המצורפת

סוג הדגימה: דם

הערות: _____

אסף 85 - דפוס האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 85**

גודל: 14.8*21 | בלוקים: 100*1



משרד קבלה

שם החולה _____ תאריך: _____
מספר החולה _____ מספר ת.ז.: _____

התחייבות

אני החתום מטה _____ ת.ז.: _____
שכתובתי _____

מקום עבודתי _____ (הקרבה לחולה) _____

מתחייב בזה לשלם למרכז הרפואי אסף-הרופא, צריפין

את דמי האישפוז עבור החולה _____ שהיה מאושפז במרכז הרפואי אסף-הרופא, צריפין

מיום _____ עד יום _____ לפי מחיר שייקבע על ידי הנהלת המרכז הרפואי
אסף הרופא, צריפין.

ידוע לי כי חוב אישפוז שלא ישולם על ידי תוך 14 ימים מיום דרישתו, ישא הפרשי הצמדה וריבית
עד ליום התשלום בפועל.

כמו כן ידוע לי כי שר האוצר בתוקף סמכותו לפי סעיף 12(1) לפקודת המסים (גביה) הכריז, כי על גבייתם
של דמי אישפוז בבתי חולים ממשלתיים יחולו הוראות הפקודה, דהיינו, ניתן לממש את החוב באמצעות
הוצאה לפועל מבלי להגיש תביעה משפטית בבית המשפט.

אני מצהיר כי תוכן ההתחייבות הוסבר לי, ואני חותם עליה מרצוני הטוב והחופשי.

הנ"ל חתם בנוכחותי

_____ חתימת המתחייב

_____ חתימת תפקיד

_____ שם הפקיד המחתיים ותפקידו



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
אגף המעבדות
טל': +972-8-9779886, פקס: +972-8-9779898



Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zip 7033001 Israel
CLINICAL LABORATORIES DEPARTMENT.
Tel: +972-8-9779886 Fax: +972-8-9779898

תאריך: _____

טופס התחייבות לבדיקת חוץ

נא לשלוח תוצאות לפקס מספר 08-9779898

מספר התחייבות

הדבק מדבקת זיהוי

שם מלא: _____
ת"ז: _____
מחלקה: _____

אל מרכז רפואי: _____

מעבדה: _____

סוג הדגימה: דם / שתן / CSF / צואה / אחר: _____

הבדיקה הנדרשת: _____

האבחנה המשוערת ופרטים רפואיים:

אישור הנהלה: _____ חתימה וחותמת רופא: _____

חתימת עובד המעבדה: _____

נא לציין את מספר ההתחייבות בדף התוצאה

אסף 116 - דפוס האוגדים 2019

טופס מספר: אסף 116

גודל: 17.5*25 | בלוקים: 3*33 | כימי, מקור-לבן, עותקים-ורוד+צהוב

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
Affiliated to Sackler School of Medicine
Tel-Aviv University
7033001, Israel



המרכז
הרפואי
שמיר

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מסונף לאוניברסיטת תל-אביב ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל-אביב
7033001, ישראל

אשרת נסיעה מס'

יעד הנסיעה מ _____ ל _____

שעת הנסיעה _____ תאריך _____

מספר מונית _____

מטרת הנסיעה: הסעת חולים / עובדים / אחר

שמות החולים / הנוסעים

1. _____ 2. _____

אוסר על ידי: _____ שם פרטי ושם המשפחה _____

תפקיד: _____

הערות: _____

חתימת הפקיד/הפקידה _____

רכז התחבורה

אסף 119 - האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 119**

גודל: 14.8*21 | בלוקים: 2*50 | כימי, מקור-לבן, עותק-צהוב | מספור

מדבקה



המרכז
הרפואאי
שמיר



רשימת השירותים הניתנים במרכז

שם החולה _____ ת.ז. _____ תאריך _____

446600000	<input type="checkbox"/> אנוסקופיה
997780000	<input type="checkbox"/> אקופונקטורה
111100000	<input type="checkbox"/> ביופסיה
229799000	<input type="checkbox"/> גבס פלסטי
229405000	<input type="checkbox"/> גבס קצר, מתחת לברך עד לאצבעות
229065000	<input type="checkbox"/> גבס ארוך, מכתף יד כף היד
229075000	<input type="checkbox"/> גבס קצר, ממרפק עד לאצבעות
229345000	<input type="checkbox"/> גבס ארוך, מירך עד לאצבעות
220520000	<input type="checkbox"/> הוצאת גוף זר
9L0026000	<input type="checkbox"/> הוצאת תפרים
229700000	<input type="checkbox"/> הורדת גבס
111900000	<input type="checkbox"/> הזרקה לנזקים בעור
220610000	<input type="checkbox"/> הזרקה לפרק/שאיבה נוזל ללא ציטולוגיה
9L0023000	<input type="checkbox"/> חבישה או החלפת תחבושות
116000000	<input type="checkbox"/> טיפול ראשוני מקומי בכוויה מדרגה ראשונה
1L5990000	<input type="checkbox"/> הטרייה (ניקוי נמק)
888305000	<input type="checkbox"/> היסטולוגיה
774420110	<input type="checkbox"/> הכנסת קטטר
990772000	<input type="checkbox"/> הזרקה תוך שרירית/תת עורי נגד כאבים
336468000	<input type="checkbox"/> זריקה לדליות
664470000	<input type="checkbox"/> זריקה משולשת - ברך/פרק ירך/מרפק
9L0019000	<input type="checkbox"/> חבישה אלסטית, אלסטופלסט
9L0194000	<input type="checkbox"/> תחבושת גדולה 4 תחבושות + צמר גפן
111200000	<input type="checkbox"/> חנקן נוזלי
883872230	<input type="checkbox"/> שאיבת נוזל סינובאלי לבדיקות ביוכימיה, ציטולוגיה ותרבות
9L0969000	<input type="checkbox"/> מתלה או צוארון
1L5990000	<input type="checkbox"/> נתוח אמבולטורי זעיר
446221000	<input type="checkbox"/> קשירת טחורים
445300000	<input type="checkbox"/> רקטוסקופיה
887070000	<input type="checkbox"/> תרבית מוגלה
887106800	<input type="checkbox"/> תרבית פטריות לזיהוי שמרים
111750000	<input type="checkbox"/> הוצאת ציפורן
119342010	<input type="checkbox"/> ניפוח תותב
995004000	<input type="checkbox"/> תבחין מלעורי
995024000	<input type="checkbox"/> תבחין תוך עורי
995028000	<input type="checkbox"/> אירו אלרגנים / מזון 11 אלרגנים שונים
995044000	<input type="checkbox"/> תבחין מטלית
117000000	<input type="checkbox"/> הרחקת גידולי עור, בשיטות שונות

אישור המשרד _____

אסף 122 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: אסף 122

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 1*100 | חורי תיוק



מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
טלפון: 08-9779601



מס' סדורי: _____

תאריך: _____

החזרת כספים לחולה

נא להחזיר סך: _____ (במילים: _____)
לפי הפרטים הרשומים מטה:

שם החולה: _____

נכנס ל: _____ ביום: _____

יצא: _____ ביום: _____

לפי מספר חולה: _____

שילם לפי קבלה מס' _____ סך: _____

בעד _____ ימים במחיר _____ ש"ח ליום סך: _____

הפרש לזכותו _____ סך: _____

תמורת קבלת התחיבות מקופת חולים: _____

יש למחוק את המיותר

חתימת הפקיד: _____

אסף 130 692321 (כימי 50x2) האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 130**

גודל: 14.8*21 | בלוקים: 2*50 | כימי, מקור- לבן, עותק- צהוב | פרפורציה

מדבקה בינונית
בלבד!
(כולל ת.ז. האם)

המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך: _____

שעת שאיבה: _____ : _____

כמות חלב אם _____ מ"ל

חתימת אחות מזהה: _____

אסף 132 - דפוס האוגדים 2020

טופס מספר: **אסף 132**
גודל: 10*10 | נייר מנילה צהוב 220 גרם

מדבקה בינונית
בלבד!
(כולל ת.ז. האם)

המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך: _____ שעת שאיבה: _____ :

תוספת העשרה לארוחה:

HMF (להקיף בעיגול): סימילאק / מטרנה

בייב קלורי: _____ מ"ל

חתימת עובדת מטבח חלב אם: _____

חתימת אחות מזהה לפני מתן: _____

אסף 135 - דפוס האוגדים 2020

טופס מספר: **אסף 135**

גודל: 10*10 | נייר מנילה ורוד בייבי 220 גרם



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
 בית הספר לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב
 דואר באר-יעקב, 7033001
 אגף המעבדות

המרכז
 הרפואי
 שמיר



IX

כדיקות מוח עצם

חסי

מס' החולת

תאריך

מחלקה (ביטן)

שם החולה

גיל

עדה

מבנה

חשוקר

חתימת הרופא
 (ברורה)

חתימת

א. עיוני דם
 ב. נבדק במחול
 ג. המחליטי
 ד. חשוכת טבוא
 ה. פלחה
 ו. צהבה
 ז. כדאי כדוריות דם אדומה

לערוח המעבדה

מראה כללי

מנקריוציטים

שורה אדומה

שורה לבנה

לימפוציטים, תאי פלסמה,
 תאי רטיקולום

סיכום

מבר 270 ו' - 6027064 אסף 150

טופס מספר: אסף 150

גודל: 17.5*25

Microbiology lab
Serology Test



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מעבדה מיקרוביולוגית
בדיקה סרולוגיה

תאריך לקיחה: _____
שעת לקיחה: _____
חתימת רופא: _____

חותמת רופא: _____

בדיקה ראשונה בדיקה שניה
 בדיקה באישור הנהלת המעבדה או רופא מחלות זיהומיות

מדבקה / פרטי חולה
שם: _____
גיל: _____
ת"ז: _____
מין: _____

מדבקה

Legionella Serology	
Legionella Ag	<input type="checkbox"/> שתן
Legionella Ab	<input type="checkbox"/> דם

Syphilis Serology	
Syphilis profile דם (VDRL, TPHA)	
Syphilis profile CSF (VDRL, FTA)	

Viral / Other Antigen Detection	
RSV Ag	<input type="checkbox"/> אף
Influenza A & B Ag	<input type="checkbox"/> אף
ROTA virus Ag	<input type="checkbox"/> צואה
Clostridium difficile toxin	<input type="checkbox"/> צואה
Cryptococcal Ag	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> CSF
Pneumococcal Ag	<input type="checkbox"/> שתן <input type="checkbox"/> CSF
P.carinii Ag	<input type="checkbox"/> כיח <input type="checkbox"/> BAL
Galactomannan Ag	<input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> דם

*נעשה בתיאום מראש: _____

Virology antibody detection	
CMV IgG/ IgM	<input type="checkbox"/> דם
CMV Avidity (IgG) *	<input type="checkbox"/> דם
Mono test	<input type="checkbox"/> דם
EBV IgG/ IgM	<input type="checkbox"/> דם
EBV EBNA IgG	<input type="checkbox"/> דם
HIV (Ab / Ag) *	<input type="checkbox"/> דם
RUBELLA IgG / IgM	<input type="checkbox"/> דם
HSV IgG / IgM (1&2)	<input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> CSF
other	

Other Antibody Detection	
ASCA IgG / IgA	<input type="checkbox"/> דם
ASLO	<input type="checkbox"/> דם
Bordetella pertussis	<input type="checkbox"/> דם
Brucella (IgG)	<input type="checkbox"/> דם
Chlamydia Profile(pneumoniae, trachomatis, psittaci)	<input type="checkbox"/> דם
Echinococcus IgG	<input type="checkbox"/> דם
Mycoplasma pneumonia IgG/ IgM/IgA	<input type="checkbox"/> דם
Rheumatoid factor	<input type="checkbox"/> דם <input type="checkbox"/> CSF
Rickettsia Profile IgG / IgM (Q fever; typhy; conorii)	<input type="checkbox"/> דם
Toxoplasma IgG/ IgM	<input type="checkbox"/> דם

דגימות דם- מבחנה עם פקק צהוב וגיל
ציין את מקור הדגימה

Assaf Harofeh Medical Center

המרכז הרפואי שמיר
(אסף הרופא)



המרכז
הרפואי
שמיר



כרטיס אישי

מיטה

שם החולה _____

מס' הגליון _____

הערות מיוחדות _____

אסף 155 - האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 155**

גודל: 12.5*8.7 | נייר מנילה ירוק 180 גרם

המרכז הרפואי שמיר
(אסף הרופא)



המרכז
הרפואי
שמיר



כרטיס אישי

מיטה

שם החולה _____

מס' הגליון _____

הערות מיוחדות _____

אסף 155 א' - האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 155 א'**

גודל: 12.5*8.7 | נייר מנילה צהוב 180 גרם



בקשה למשטח דם

מדבקה עם פרטי החולה

אבחנה ידועה (במידה ויש) _____

נא לבצע משטח דם בשאלה הבאה:

משטח דם מלא (400)

אנמיה – משטח דם מלא (401)

מבדלת ידנית של השורה הלבנה (402)

אחוז בלסטים (403)

ספירת טסיות ידנית (404)

שברי תאים (405)

אחוז נויטרופילים (406)

אחר, פרט: _____

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh) 7033001
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University
HEMATOLOGY LABORATORY
TL. 792-8-9778385 Fax 972-8-9778218

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) 7033001
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א
המעבדה להמטולוגיה
טל" 08-9778385 | פקס 08-9778218

אסף 173 - האוגדים 2020

טופס מספר: **אסף 173**
גודל: 21*14.8 | פרוצס



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
דואר באר-יעקב, 7033001
מסונף לבית הספר לרפואה - אוניברסיטת תל-אביב



תאריך _____
לכבוד _____
הנידון: זימין למרפאה/מכון _____
חנך מוזמן/ת בתאריך _____ שעה _____ מס' תור _____
לבדיקת רופא ו/או _____
שעת חימוך היא שעה משוערת ותיתכן המתנה. הנך מתבקש/ת להתאזר בסבלנות ולשתך פעולה עם צוות המרפאות.
חודאות לבדיקות או מסמכים רפואיים שעליך להביא עמך: _____

חובה להביא: תעודת זהות
התחייבות כספית או כסף מזומן
לתשומת לב! בלא סידור כספי לא נוכל לקבלך ותורך ידחה.
טלפון: לברורים: _____

הנהלת מרפאות חוץ

אסף 187

טופס מספר: אסף 187
גודל: 21*14.8 | בלוקים: 100*1

המרכז הרפואי שמיר
(אסף הרופא)



מסונף לביה"ס לרפואה - אוניברסיטת תל-אביב

תאריך _____

אישור

מר/מרת _____

ביקרה/ה במרפאתנו ביום _____

משעה _____ עד _____

חתימה

אסף 191 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: **אסף 191**
גודל: 14.5*10.5 | בלוקים: 1*100

אגף ילדים
תאריך: _____



מרכז רפואי שמיר "אסף הרופא"

מאזן נוזלים ותרופות ל-24 שעות

שם חילוד: _____

מסליל הילוד: _____

מס' גליון: _____

סוג הסט: _____

תוראות תרופא

תכנית ל-24 שעות
סה"כ נוזלים: _____
סה"כ נוזלים: _____
סה"כ קלוריות: _____
סה"כ נוזלים ק"ג: _____
סה"כ גרם חלבונים: _____
סה"כ גרם חלבון ק"ג: _____

חתימה	ספ/דקה	כמות	פרט נוזלים ותרופות

ביצוע

משמרת בוקר: מ-07.00 עד 15.00

סיכום רפואי ל-24 שעות
נוזלים בעירוי: _____
נוזלים דרך הפה: _____
נוזלים ק"ג: _____
קלוריות בעירוי: _____
קלוריות דרך הפה: _____
קלוריות ק"ג: _____

חתימה	ספ/רגע	כמות תמיסה		נוזלים ותרופות	שעה
		קיבל	התחלה		

סיכום נוזלים ותרופות למשמרת

משמרת ערב: מ-15.00 עד 23.00

הפרשות:
שתן: _____
שתן/ק"ג/שעה: / / _____

חתימה	ספ/רגע	כמות תמיסה		נוזלים ותרופות	שעה
		קיבל	התחלה		

סיכום נוזלים ותרופות למשמרת

משמרת לילה: מ-23.00 עד 07.00

סיכום אחות ל-24 שעות לפי סוגי תמיסות

חתימה	ספ/רגע	כמות תמיסה		נוזלים ותרופות	שעה
		קיבל	התחלה		

סיכום נוזלים ותרופות למשמרת

אסף 192

* "התחלה" - כמות נוזלים הנמצאת בבקבוק בהתחלה "קיבל" - כמות שהילוד קיבל מאותו בקבוק

טופס מספר: אסף 192

גודל: 21*31.5 | בלוקים: 1*100

מספר רשומה

שם משפחה | שם פרטי | שם האב | מס' זיהוי

מין | מצב משפחתי | מספר ילדים | דת וולאום | תאריך כניסה לרשום

מקצוע | ארץ לידה | תאריך כניסה לרשום | שנת עליה | ארץ לידה האב | ארץ לידה האם

כתובת | סוג ביטוח רפואי | רופא המטפל | פרטי קרוב המשפחה

מספר רישום בבית החולים | סוג קרבה | רשומת אשפוז | רשומת מרפאה | רשומת רנטגן | רשומת בדיקת הפתולוג

הערות:

לנשים בלבד

הריונות | ס"כ כלי | נולדו חי | מתם | הפלות ס"כ

מחזור הווסת | לא היה | סדיר | לא סדיר | מצב החל משנת

CA במשפחה הקרובה

לא היה	לא ידוע	אב - 1	אם - 2	אחים/אחיות 3	סבא - סבתא - 4	אחרים - 5
0	3	1	2	1	2	3

המחלות הקודמות

קשרים עם חומריים מסרטניים

עישון	תעשייה	כימיה	אלכוהול	קרנה	קרינת שמש	אחר
1	2	3	4	5	6	0

גידולים בעבר

כן	לא	לא ידוע
1	0	3

אבחנה

היסטולוגיה | מיקום

אחתה

שלב המחלה

ממוקם	התפשטות אזורית	גרורות מודוק	T	N	M
1	2	3	p c	p c	p c

מטרת הטיפול

ריפוי	הקלה	מונע
1	2	3

החלטה לטיפול

כירורגיה	1	2	1	1	3	6	0
----------	---	---	---	---	---	---	---

בסיס לאבחנה

הסט.	ציטו.	מעבדה קליני	X-RAR	מזוט.	אחר	M.I.
1	2	3	4	5	6	7

ביקור אבחון

בית חולים אחר	1	2	3	1
---------------	---	---	---	---

תאריך איבחון המחלה הנוכחית

שנה	חודש
-----	------

תאריך הופעת סימנים ראשונים

שנה	חודש
-----	------

טיפול קודמים למחלה זו... לפי סדר נתינתם

ללא טיפול	אחר	2
0	6	

טיפול קודמים

כן	לא
1	0

מקום טיפול ראשון

מקום אחר	1
2	

תאריך קבלת טיפול ראשון

שנה	חודש
-----	------

האם אושפז | סמל | מחלקה בה אושפז | תאריך כניסה | תאריך יציאה | מספר רשומה

שם בי"ח האחראי לביקור | רופא מרבחן | רופא משפחה | אונקולוגיה | האחראי להמשך הטיפול או המעקב

פרטים אישיים

תולדות ותבר המשפחה

אחתה

המחלה הנוכחית

עמק

שם:	_____
גיל:	ת"ז: _____
כתובת:	_____
סל:	_____
תאריך:	_____
מחלקה:	_____



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מינהל הסיעוד



טופס קבלת מטופל ליחידת אשפוז/אומדן סיעודי

פרטים אישיים

תאריך קבלה: _____ שעת קבלה: _____ קבלה דחופה/מחממת/העברה ממחלקה _____
 מצב משפחתי: _____ מתגורר עם: _____ מסירת החדעה -שם _____
 קירבה: _____ כתובת: _____ טלפון: _____
 התקבל מ: בית, מוסד, אחר _____ בלוח: משפחה, לבד, אלונאי, אחר _____
 שפות: _____ דת: _____ מקצוע/עיסוק _____ שכיר, עצמאי _____
 תנאי דיור: _____ מדרגות/מעלית. משתחרר ל: _____
 מידע רפואי יימסר ל: _____ קירבה: _____

זהה מטופל, ידון זיהוי: כן לא מחלקה מתאימה

גיל: _____ סיבת אשפוז/אבחנה: _____
 אבחנות נוספות: _____

רשימת: מזון, תרופות, אחר _____
 * הרינו מס': _____ גיל הרינו: _____ עבר מיילדות: _____

חיסון אדסת: כן/לא. סוג תדם: _____ האם קיבלה Anti D: כן/לא. * ימולא רק באגף יולדות ונשים

תפקוד פיזיולוגי

מצב רגשי: שקט, לא שקט, חרד, מודאג, תוקפן, משותף פעולה: כן/לא. סימנים חיוניים: חום _____ זופק _____
 לחץ דם _____ משקל _____ לא ניתן לשקול _____ כאב: לפי סקלת V.A.S _____
 נשימה: בגדר הנורמה, מתקשה בנשימה, מס' נשימות _____ חמצן: כן/לא. מתמצא בזמן: כן/לא. במקום: כן/לא
 הנשמה: _____ אחר _____

ראייה: תקינה, לקויה. עיוורון: מלא/חלקי. משקפיים: כן/לא. עדשות מגע: כן/לא. עין תוחבת: כן/לא.
 שמיעה: תקינה, לקויה, חירשות. מכשיר שמיעה: כן/לא. פה: שיניים תוחבות כן/לא. ת. עליונה: כן/לא
 ת. תחתונה: כן/לא. מצב הפה _____ קיבל כלי לשיניים תוחבות: כן/לא
 דיבור: תקין, הפרעות בדיבור, מדבר בקושי, אינו מסוגל לדבר, אחר: _____
 שינה: הפרעות בשינה כן/לא. תנוחה _____ שימוש בתרופות _____
 שתיה חרפה: כן / לא. סמים: כן/לא. עישון: כן/לא.

מראה פיזי כללי

מבנה גוף: שמן, רזה, נמוך, ממוצע, גבוה. צבע העור: בגדר הנורמה, כחול, צהוב, חיוור, אפרפר, אדום.
 מצב העור: שלם כן/לא. יבש, הזעה, פריחה, צלקות, כתמי עור, אודם, שפשוף, תאר: _____
 פצעי לחץ: כן/לא. מיקום הפצע: _____ גודל: _____

אסף 244 - האוגדים 2016

אומדן מטופל בסיכון לפיתוח פצע לחץ - סולם גורטון

מדידת	מצב מנטלי	ניידות	אכילה ושתייה	רחצה	הלבשה	שתן	צואה
4. טוב	4. בהכרה	4. עצמאי	4. עצמאי	4. עצמאי	4. עצמאי	4. שליטה מלאה	4. שליטה מלאה
3. סביר	3. בלבול קל	3. עזרה קלה	3. עזרה קלה	3. עזרה קלה	3. עזרה קלה	2. שליטה חלקית	2. שליטה חלקית
2. לא טוב	2. עזרה רבה	2. עזרה רבה	2. עזרה רבה	2. עזרה רבה	2. עזרה רבה	1. חוסר שליטה	1. חוסר שליטה
1. רע	1. חוסר הכרה	1. בלתי עצמאי	1. בלתי עצמאי	1. בלתי עצמאי	1. בלתי עצמאי		

סה"כ ניקוד: _____ מתחת ל- 16 נקודות חולה בסיכון גבוה לפתח פצע לחץ, יש לנקוט באמצעי מניעה מקובלים

אומדן והתערבות למטופל בסיכון לפילה

פרופיל	המלצות להתערבות
מטופל עם בעיות ב: _____	מטופל בתרופות להורדת ל.ד. <input type="checkbox"/>
ירידה בחושים _____	מטופל עם בעיות ב: _____
בעיית התמצאות _____	כפיים הוהבות <input type="checkbox"/>
בעיה פיזית של יציבה _____	הדרכה בירידה מהמיטה <input type="checkbox"/>
C.V.A. _____	צמצום הצורך בירידה מהמיטה <input type="checkbox"/>
SYNCOPE _____	בבל ירידה מהמיטה, יש להסתייע בצוות הסיעודי <input type="checkbox"/>
מטופל מדמם _____	מעמון תקין וזמן <input type="checkbox"/>
מטופל משלשל _____	מטופל בסיכון: _____
לאחר קבלת משתנים _____	מטופל לא בסיכון: _____
הסבר ניתן למטופל / משפחה. הערות: _____	מודעות לסיכון בסביבה (התייחסות לרצפה חלקה, שימוש באמצעי עזר על גלגלים כמו: מעמד לעידוי, כיסא גלגלים וכו')

כלכלה: מזון רגיל, צמחוני, טבעוני, אחד _____

שתן: הטלה רגילה, הפרעות _____ פעילות מעיים: רגילה, שלשול, עצירות

שימוש בתכשירים ליציאה: _____ וסת: כן/לא. וסת אחרון _____

תפקוד לפני האשפוז: עצמאי, זקוק לעזרה, תמיכה, כיסא גלגלים, הליכון, מקל הליכה, קביים, נכס, גפה תוחבת _____

תרופות קבועות: _____

אשפוזים קודמים: _____

המידע התקבל מ: המטופל/בן משפחה/אחר _____ קיבל פעמון והסבר שימוש: כן/לא

המטופל ומשפחתו קיבלו דף מידע: כן/לא _____ הסבר בע"פ: כן/לא _____ נבדק ע"י רופא: כן/לא _____ תוצאת רטינג: כן/לא

תיאור תלונות המטופל בקבלתו: _____

מבין את סיבת האשפוז: כן/לא _____

סיכום בעיות ותכנון התערבות סיעודית: _____

שם האחות (שם מלא) _____

למלא בתום שיחה עם המטופל ומשפחתו כ- 24-48 שעות לאחר הקבלה.

משתף פעולה עם המטפלים: כן/לא. פרט _____

תפיסת המשפחה את מצב המטופל: יודעת את מצבו, כ/לא. מבינה את מצבו כן/לא. משתפת פעולה עם המטפלים: כן/לא.

הערות: _____

שם האחות (שם מלא) _____

תאריך _____

טופס מספר: אסף 244

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 1*100

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר,
אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
המכון לפתולוגיה וציטולוגיה ■ 08-9779800



דיקור מחס עדינה (F.A.A.)

בדיקה ציטולוגית מס' _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ גיל: _____

מס' הזהות:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 מספרכם/מס' בי"ח: _____

האיזור המיועד לדיקור: _____ בתאריך: _____

האבחנה הקלינית: _____

בדיקות קודמות: _____

הממצא הציטולוגי

שד: _____

בלוטת התריס: _____

קשר לימפה: _____

בלוטת רוק: _____

אחרים: _____

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימה: _____

אסף 265

טופס מספר: אסף 265

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 1*100

אנמנה סיעודית

מרכז רפואי "אסף הרופא"
מעגל שדות הסייד
אנף ילדים

שם:	_____
ת.ד.:	_____
כתובת:	_____
טלפון:	_____

פרטים אישיים

שם חיבה: _____ גיל: _____ תאריך קבלה: _____ / _____ / _____ שעת קבלה: _____
שפה מדוברת: _____ מסגרת הנוכחית: מעון, קן, בית ספר, פנימיה _____
טלפון בעבודה: _____ בשעות: _____ מקצוע האם: _____
טלפון אחר למסירת מידע: _____ מספר ילדים נוספים במשפחה: _____ מס' חודים בבית: _____
מידע מיוחד אודות ההורים: _____

אומץ סיעודי

סיבת אישפוז / אבחנה: _____
תאור תלונות הילד בקבלתו: _____
רשימת: מוזן, הרחפת, פריטי _____

תעסקות פידולוגי

משקל: _____ גובה: _____ חום גומד: P.A. / P.R. / R.O. _____
נשימה: מספר לוקה _____ סדרה, מאומנת, שחית, צינעונית, חסון: כן/לא; תשמה כן/לא; טובוס כן/לא; סרכאוסטומיה כן/לא; אחר _____
חברה: מלאה, מעודפלת, חסר חברה. _____
מצב רגשי: אי שקט, מבוהל, אדיש, רגוע, אחר _____
רמות: תקינה, לקויה, צעורה; _____
שפיעה: תקינה, לקויה, הרשויה; _____
דבר: כן/לא; הפרעות בדיבור, פריטי _____
אויש: T ימין _____ די שטאל _____
ניחות: עצמאי, מדומק. _____ זקוק לעזרה: כיסא גלגלים, הליכון, קריים, מכשיר עזר, גבס, תחבת.

מראית עיני כללי

מבנה גוף: מתאים לגילו, רות, שמן, גבוה, גבוה. _____
מצב העיניים: שלם, פריחה, רלקות, שיפשופים, צעלים, כתמי עור, יבש, רטוב, שימיר: כונית מקום _____

תרגילים

222: יניקה, חלב ותחליף _____ רכה העוקות, מוזן רגיל, צמחוני, טבעוני. _____
הפרשות: שתן: הסלה רגילה, אחר _____ בצע שתן: _____
זפת: כן/לא _____ תאריך וטת אחרון: _____
רתיחה: עצמאי, זקוק לעזרה: חלקית, מלאה. _____
פעילות: ספורט, תחביב _____ הפך אהוב _____

מידע מיוחד אודות הילד

אבחנות נוספות: _____
אישפוזים קודמים, לפי סיבה ומקום: _____
הרופא שהילד קיבל בבית: _____
הילד ושפחתו קבלו דף מידע כן/לא, תמימת ההדחה כתיבה כן/לא. פריטי: _____
נבק ע"י: רומא והשלקה, כיווץ, אוטומי, עיניים, מדיים, נשים, נודולוג, טירוכורר, א.א.ג., פסיכולוגית, עובדת סוציאלית.
הוצאה רטיטה כן/לא _____ לא רלוונטי.

תאריך: _____ שעה: _____
החזמת תאחות: _____

למלא בתום שיחה עם הילד ומשפחתו.

הפיסת הילד את מחלתו: מבין את סיבת האישפוז כן/לא _____ משותף פעולה עם מטפלים כן/לא.
הפיסת ההורים את מחלת הילד: יודעים את מצבו כן/לא _____ מבנים את מצבו כן/לא; _____ משתפים פעולה עם המטפלים כן/לא.

תאריך: _____ שעה: _____
החזמת תאחות בשם מלא _____

שם החולה _____
מס' גליון _____
מחלקה _____
ת.ז. _____

אמצעי מודון סיליקון/ביצים	כריס	רפוד ספוג
תאריך	אחר:	

חתימה	פעילות	שעה	חתימה	צד			שעה	מס' פעמים	משמרת
				גב	שמאל	ימין			
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								תאריך: בוקר
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								ערב
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								לילה
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								תאריך: בוקר
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								ערב
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								לילה

אסף 313 - האוגדים 2019

שם החולה _____
מס' גליון _____
מחלקה _____
ת.ז. _____

אמצעי מודון סיליקון/ביצים	כריס	רפוד ספוג
תאריך	אחר:	

חתימה	פעילות	שעה	חתימה	צד			שעה	מס' פעמים	משמרת
				גב	שמאל	ימין			
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								תאריך: בוקר
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								ערב
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								לילה
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								תאריך: בוקר
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								ערב
	רחצה טיפול פה הורדה מהמיטה זונדה קיבוע החלפת סט שטיפת שגרתית כלכלה/ זרן זונדה/P.O סוג כמות כלכלה: בוקר צחריים ערב לילה								לילה

תאריך: _____

אסף 317

מרכז רפואי "אסף הרופא"
אגף המעבדות-המחלקה לביוכימיה פתולוגית
טל': 08-9779896

בדיקת G-6PD

דגימה מס' ראשונה חוזרת

--	--	--	--	--

פרטי היולדת:

שם משפחה _____

שם פרטי _____

ת.ז.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך לידה ____/____/____ מין היולד ז / נ

משקל הלידה: פחות מ 2.5 ק"ג יותר מ 2.5 ק"ג

עדה או ארץ מוצא של ההורים:

אבא

אמא

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אשכנזית | <input type="checkbox"/> סוריה, לבנון | <input type="checkbox"/> אשכנזית | <input type="checkbox"/> סוריה, לבנון |
| <input type="checkbox"/> עירק, פרס | <input type="checkbox"/> בולגריה, יון | <input type="checkbox"/> עירק, פרס | <input type="checkbox"/> בולגריה, יון |
| <input type="checkbox"/> הודו, פקיסטן | <input type="checkbox"/> יוגוסלביה | <input type="checkbox"/> הודו, פקיסטן | <input type="checkbox"/> יוגוסלביה |
| <input type="checkbox"/> תימן | <input type="checkbox"/> צפון אפריקה | <input type="checkbox"/> תימן | <input type="checkbox"/> צפון אפריקה |
| <input type="checkbox"/> גרוזיה | <input type="checkbox"/> ערבית | <input type="checkbox"/> גרוזיה | <input type="checkbox"/> ערבית |
| <input type="checkbox"/> אחרים | <input type="checkbox"/> אחרים | <input type="checkbox"/> אחרים | <input type="checkbox"/> אחרים |

תוצאות: D H N

- נא לסמן בעיגול את המשבצת הנכונה, במקרה ואין שם העדה מודפס, נא לציין במקום הריק.
- נא לשים 4 טיפות דם, בקוטר 1 ס"מ, ספוגות היטב משני צדי הנייר.



טופס מספר: אסף 317

גודל: 9*15 | נייר פילטר



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
יחידת פינוי



הצמנה להחזרת החולה

למחלקה: _____

ממקום: U.S. / אנגין / רנטגן / צינטור / C.T.

שם החולה: _____

אופן העברה: כיסא / אלונקה / רכב / מיטה

דחיפות: רגיל / דחוף

שעת כתיבת ההצמנה: _____

שעת הפינוי: _____

אסף 318 א' - דפוס האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 318**

גודל: 10.5*15 | נייר אדום



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
יחידת פינוי



הצמנה להצאת החולה

מחלקה: _____

שם החולה: _____

סוג הבדיקה: U.S. / אנגין / רנטגן / צינטור / C.T.

אופן העברה: כיסא / אלונקה / רכב / מיטה

דחיפות: רגיל / דחוף

שעת הבאת החולה: _____

שעת הגעה למכון: _____

אסף - 319 דפוס האוגדים 2019

טופס מספר: **אסף 319**
גודל: 10.5*15 | נייר תכלת

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
יחידה לאבחון על קולי מילדות וגניקולוגיה
טל: 08-9779695 | פקס: 08-9779059



המרכז
הרפואי
שמיר



Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)

Affiliated to Sackler School of Medicine Tel-Aviv University | Zip 7033001 Israel
Tel: +972-8-9779695 | Fax: +972-8-9779059

חדר _____

מדבקה עם פרטי המטופל

טופס הפנייה לבדיקה

שבוע היריון ואבחנה: _____ תאריך הבדיקה: _____

Viability הריון יחיד / תאומים / _____

BPP + EFW + מיקום שליה + תאריך ו"א _____

תעלת צוואר

MCA-PSV

סימני היפרדות שליה

Vasa previa

מיקום שליה יחסית לצלקת ניתוחית / סימני נעיצה

Umb A / MCA -PI / MCA-PSV/DV/Ut A/ CPR/ _____

Twins MCBA -TTTS, סימני TAPS, _____

_____ בדיקה מכוונת

_____ אחר

שם וחתימה _____

אסף 320/96 - סיגנסט צהוב - האוגדים 2019
מק"ט 6543432006

טופס מספר: אסף 320

גודל: 21*21 | נייר סיגנסט צהוב

פרטים מזהים

דיווח סיעודי - קבלת מטופל לאחר ניתוח

תאריך: _____ שעה: _____ התקבל למחלקה לאחר ניתוח _____

סוג הרדמה: _____ מצב הכרה בקבלתו למחלקה עירני ישנוני שקוע מחוסר הכרה

ידון הזיהוי מתאים: כן

נשימה: תקינה לא תקינה, פרט: _____ נתיב אויר: חופשי קיימת הפרעה, דווח לרופא: כן

זקוק לחמצן: לא כן דרך משקפיים: _____ ליטר/דקה דרך מסכה: _____ ליטר/דקה

מונשם: בעזרת טובוס דרך טרכאוסטומי

סימנים חיוניים: % Sat: _____ לחץ דם: _____ דופק: _____ בדקה חום: _____ °C

כאב: עצמת כאב: _____ קיבל משככי כאב: לא כן, קיבל לאחרונה בשעה: _____:

חבישה: ללא חבישה חבישה יבשה נצפה דימום כתם חבישה רטובה

דימום רב - דווח לרופא: כן גבולות הדימום סומנו לא סומנו

שלמות העור (מלבד פצע הניתוח) בחזרתו מניתוח: לא תקין, פרט: _____

נקזים: אין יש, רשום סוג: 1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____

כמות הנוזל בנקז מס 1: _____ cc כמות הנוזל בנקז מס 2: _____ cc

כמות הנוזל בנקז מס 3: _____ cc כמות הנוזל בנקז מס 4: _____ cc

שתן: הטיל שתן ספונטני טרם הטיל שתן

למטופל קטטר: לא כן, רשום כמות בקבלתו: _____ cc

למטופל זונדה לניקוז: לא כן, רשום כמות בקבלתו: _____ cc

מקבל נוזלים I.V לפי הוראה: לא כן, לפי תוכנית נוזלים. הוצאו הוראות רפואיות לא כן לא רלוונטי

קיים חשש ללחץ או פגיעה בשלמות כלי דם (בניתוח כלי דם, או לאחר חבישה לוחצת)? כן לא לא רלוונטי

ניתוח הקשור בכלי הדם: דפקים דיסטלית לניתוח: לא רלוונטי נמוש דופק דופק לא נמוש נמסר לרופא

בדיקת חיוניות האיבר המנותח*: תקין לא תקין: _____ נמסר לרופא

(* יש להתייחס לפרמטרים של טמפרטורה, צבע, החזר קפילרי, תחושה ובהתאם לאיבר - תנועתיות)

המשפחה קיבלה מידע סיעודי ראשוני על מצב המנותח: כן לא המשפחה לא נוכחת

מידע חשוב נוסף _____

תוכנית להמשך טיפול _____

חתימת האחיות: _____

אומדן לזיהוי סיכון לנפילה וביצוע התערבות
Morse Fall Scale מבוטא על: _____

מדבקה

הנחיות:

האומדן יבוצע בקבלת המטופל ובכל שינוי משמעותי שחל במצבו במהלך אשפוז המגביר סיכון לנפילה. הקף בעיגול: בקבלה | לאחר ניתוח | לאחר סדציה | באובדן דם | אחר _____ סכם את הציונים בכל התחומים וקבע את רמת הסיכון לנפילה. שקול התערבות בהתאם לחלופה המתאימה וסמן ביצוע במשבצת המתאימה.

האחות תבצע את הפעולות הבאות לכל המטופלים:

תתאים לבוש למידותיו של המטופל. תמליץ על שימוש בנעלי בית למניעת החלקה (סוליות גומי). תמקם ציוד אישי בהישג ידו של המטופל. תתקצו סיר/בקבוק בהישג ידו של המטופל אם נזקק להם. תודא תאורת לילה מתאימה ונגישות למתג התאורה שמעל למיטה. תנעל מעצורי מיטה. תודא שפעמון הקריאה לאחות פועל והוא בהישג ידו של המטופל. תדריך את המטופל ומשפחתו בכל הדרו למניעת נפילות. תודא בטיחות הסביבה (ללא נוזלים שנשפכו ומכשולים במעברים).

<input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לבקש עזרה במצבים שקדמו לנפילה בעבר כמו: חולשה, סחרחורת, דפיקות לב ועוד.	לא - 0 כן - 25	1. היסטוריה של נפילות בחצי שנה האחרונה עקב סיבה בריאותית.
<input type="checkbox"/> השכבת המטופל במיטה הקרובה ככל שניתן לתחנת אחות/שירותים. <input type="checkbox"/> הרמת דפנות המיטה לפי הצורך. <input type="checkbox"/> הדרכה לקריאה לאחות לפני ירידה מהמיטה במידת הצורך. <input type="checkbox"/> מדידת לחץ דם לפני ירידה מהמיטה בהוראת רופא. <input type="checkbox"/> הדרכה לקימה הדרגתית מהמיטה. <input type="checkbox"/> שימוש באמצעי מיגון מיוחדים לחולים מפרכסים. <input type="checkbox"/> הדרכה לשימוש בעזרי ראייה/שמיעה.	לא - 0 כן - 15	2. יותר מאבחנה רפואית פעילה אחת כולל מחלות/מצבים: לחץ דם, קרדיו-וסקולאריות, מחלות מפרקים, C.V.A, חולשה וירידה כללית, פרקינסון, אי שליטה על סוגרים, שלשולים, התייבשות, דמום, מטופל אחרי ניתוח, פגיעה בחושים ועוד.
<input type="checkbox"/> קבלת הוראות רופא לניידות במצבים רלוונטים. <input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לבקש סיוע בניידות. <input type="checkbox"/> עירוב פיזיותרפיסט להתאמת אביזר עזר לניידות והדרכה לדרכי התניידות (הזמנה תבוצע על ידי רופא). <input type="checkbox"/> בדיקת תקינות העזרים (קצוות מקל הליכה/קביים/הליכון מכוסים בכיסוי נגד החלקה/המעצורים בכיסא הגלגלים תקינים). <input type="checkbox"/> סיוע למטופל להתנייד בעזרת ציוד העזר במידת הצורך.	0 15 20	3. מידת השימוש בעזרים לניידות מתהלך ללא עזרי הליכה (אפילו אם הוא נתמך על ידי אחות) / העדר תנועתיות (לדומא: מחוסר הכרה, משותק), אינו יורד בכלל מהמיטה. נעזר במקל / קביים / הליכון / כיסא גלגלים נאחז ברהיטים לתמיכה בניידות
<input type="checkbox"/> בדיקת תקינות הציוד ובטיחותו. <input type="checkbox"/> הדרכה לניידות בטוחה עם ציוד מגביל.	לא - 0 כן - 20	4. חיבור לציוד מגביל עירוני, זונדה, קטטר, מוניטור, חמצן וכו'
<input type="checkbox"/> עירוב פיזיותרפיסט בנוגע לייצוב תנוחת הגוף ואופן העברה בטוח ביותר (לדוגמה לכיוון הצד החזק, באמצעות חגורת העברה וכד'). <input type="checkbox"/> שימוש באמצעי אבטחה למניעת החלקה/נפילה מכיסא גלגלים/ כורסא, כגון: שימוש בשולחנית/קשירה באמצעות סדין. <input type="checkbox"/> שימוש באלונקה או כיסא גלגלים לניוד בטיחותי של המטופל ממקום למקום. <input type="checkbox"/> פיקוח מתמשך על המטופל במהלך השהיה בחדר הרחצה/הטיפולים	0 10 20	5. יציבות בהליכה הליכה יציבה או מרותך למיטה/העדר תנועה. חולשה בהליכה: המטופל כפוף קדימה אך מסוגל להרים את ראשו בזמן ההליכה מבלי לאבד את שיווי המשקל. צעדיו קצרים ותתכן גרירת רגליים. חוסר יציבות בהליכה: שימוש בתרופות המשפיעות על יציבות/לאחר שכיבה ממושכת/מתקשה בקימה מהכיסא/ראש המטופל כלפי מטה. לתמיכה נאחז ברהיט, באדם, או בעזר כלשהו ואינו יכול להלך ללא סיוע. צעדיו קצרים והוא גורר רגליים.
<input type="checkbox"/> השכבת המטופל במיטה הקרובה ככל שניתן לתחנת אחות/שירותים. <input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לקום רק עם סיוע. יש לחזור על ההנחיה ככל שיש צורך, גם לבני המשפחה/מלווה. <input type="checkbox"/> השגחה על פעילות המטופל לעיתים קרובות וביקורים תכופים בחדרו. <input type="checkbox"/> בקשה מבני משפחה/מלווה לשבת לצד המטופל במידת הצורך. <input type="checkbox"/> שמירה פרטית למטופלים מבולבלים (בהוראת רופא). <input type="checkbox"/> הגבלה פיזית לשמירה על בטיחות המטופל.	0 15	6. מצב מנטאלי מודע לגבולות יכולתו לניידות. שיפוט לקוי ביחס ליכולתו לניידות בבטחה - מעריך יותר או שוכח גבולות יכולתו, חוסר התמצאות בסביבה, מטושטש, היסטוריה של הפרעות בשינה, בלבול, דמנציה, אי שקט פסיכו-מוטורי, דיכאון..
<input type="checkbox"/> הצמדת מדבקה חומה לכרטיס פרטי החולה שעל המיטה.	סה"כ ניקוד:	מפתח ניקוד 0-24 אין סיכון 25-45 רמת סיכון נמוכה עד בינונית +46 רמת סיכון גבוהה. * בסיכון גבוה לנפילה יש להצמיד מדבקה חומה לכרטיס פרטי החולה שעל המיטה ולצמיד הזיהוי שעל ידו.

פרטים מזהים

דיווח סיעודי - קבלת מטופל לאחר ניתוח

תאריך: _____ שעה: _____ התקבל למחלקה לאחר ניתוח _____

סוג הרדמה: _____ מצב הכרה בקבלתו למחלקה עירני ישנוני שקוע מחוסר הכרה

ידון הזיהוי מתאים: כן

נשימה: תקינה לא תקינה, פרט: _____ נתיב אויר: חופשי קיימת הפרעה, דווח לרופא: כן

זקוק לחמצן: לא כן דרך משקפיים: _____ ליטר/דקה דרך מסכה: _____ ליטר/דקה

מונשם: בעזרת טובוס דרך טרכאוסטומי

סימנים חיוניים: % Sat: _____ לחץ דם: _____ דופק: _____ בדקה חום: _____ °C

כאב: עצמת כאב: _____ קיבל משככי כאב: לא כן, קיבל לאחרונה בשעה: _____:

חבישה: ללא חבישה חבישה יבשה נצפה דימום כתם חבישה רטובה

דימום רב - דווח לרופא: כן גבולות הדימום סומנו לא סומנו

שלמות העור (מלבד פצע הניתוח) בחזרתו מניתוח: לא תקין, פרט: _____

נקזים: אין יש, רשום סוג: 1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____

כמות הנוזל בנקז מס 1: _____ cc כמות הנוזל בנקז מס 2: _____ cc

כמות הנוזל בנקז מס 3: _____ cc כמות הנוזל בנקז מס 4: _____ cc

שתן: הטיל שתן ספונטני טרם הטיל שתן

למטופל קטטר: לא כן, רשום כמות בקבלתו: _____ cc

למטופל זונדה לניקוז: לא כן, רשום כמות בקבלתו: _____ cc

מקבל נוזלים I.V לפי הוראה: לא כן, לפי תוכנית נוזלים. הוצאו הוראות רפואיות לא כן לא רלוונטי

קיים חשש ללחץ או פגיעה בשלמות כלי דם (בניתוח כלי דם, או לאחר חבישה לוחצת)? כן לא לא רלוונטי

ניתוח הקשור בכלי הדם: דפקים דיסטלית לניתוח: לא רלוונטי נמוש דופק דופק לא נמוש נמסר לרופא

בדיקת חיוניות האיבר המנותח*: תקין לא תקין: _____ נמסר לרופא

(* יש להתייחס לפרמטרים של טמפרטורה, צבע, החזר קפילרי, תחושה ובהתאם לאיבר - תנועתיות)

המשפחה קיבלה מידע סיעודי ראשוני על מצב המנותח: כן לא המשפחה לא נוכחת

מידע חשוב נוסף _____

תוכנית להמשך טיפול _____

חתימת האחיות: _____

אומדן לזיהוי סיכון לנפילה וביצוע התערבות
Morse Fall Scale מבוסס על:

מדבקה

הנחיות:

האומדן יבוצע בקבלת המטופל ובכל שינוי משמעותי שחל במצבו במהלך אשפוז המגביר סיכון לנפילה. הקף בעיגול: בקבלה | לאחר ניתוח | לאחר סדציה | באובדן דם | אחר _____ סכם את הציונים בכל התחומים וקבע את רמת הסיכון לנפילה. שקול התערבות בהתאם לחלופה המתאימה וסמן ביצוע במשבצת המתאימה.

האחות תבצע את הפעולות הבאות לכל המטופלים:

תתאים לבוש למידותיו של המטופל. תמליץ על שימוש בנעלי בית למניעת החלקה (סוליות גומי). תמקם ציוד אישי בהישג ידו של המטופל. תתקצו סיר/בקבוק בהישג ידו של המטופל אם נזקק להם. תודא תאורת לילה מתאימה ונגישות למתג התאורה שמעל למיטה. תנעל מעצורי מיטה. תודא שפעמון הקריאה לאחות פועל והוא בהישג ידו של המטופל. תדריך את המטופל ומשפחתו בכל הדרו למניעת נפילות. תודא בטיחות הסביבה (ללא נוזלים שנשפכו ומכשולים במעברים).

<input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לבקש עזרה במצבים שקדמו לנפילה בעבר כמו: חולשה, סחרחורת, דפיקות לב ועוד.	לא - 0 כן - 25	1. היסטוריה של נפילות בחצי שנה האחרונה עקב סיבה בריאותית.
<input type="checkbox"/> השכבת המטופל במיטה הקרובה ככל שניתן לתחנת אחות/שירותים. <input type="checkbox"/> הרמת דפנות המיטה לפי הצורך. <input type="checkbox"/> הדרכה לקריאה לאחות לפני ירידה מהמיטה במידת הצורך. <input type="checkbox"/> מדידת לחץ דם לפני ירידה מהמיטה בהוראת רופא. <input type="checkbox"/> הדרכה לקימה הדרגתית מהמיטה. <input type="checkbox"/> שימוש באמצעי מיגון מיוחדים לחולים מפרכסים. <input type="checkbox"/> הדרכה לשימוש בעזרי ראייה/שמיעה.	לא - 0 כן - 15	2. יותר מאבחנה רפואית פעילה אחת כולל מחלות/מצבים: לחץ דם, קרדיו-וסקולאריות, מחלות מפרקים, C.V.A, חולשה וירידה כללית, פרקינסון, אי שליטה על סוגרים, שלשולים, התייבשות, דמום, מטופל אחרי ניתוח, פגיעה בחושים ועוד.
<input type="checkbox"/> קבלת הוראות רופא לניידות במצבים רלוונטים. <input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לבקש סיוע בניידות. <input type="checkbox"/> עירוב פיזיותרפיסט להתאמת אביזר עזר לניידות והדרכה לדרכי התניידות (הזמנה תבוצע על ידי רופא). <input type="checkbox"/> בדיקת תקינות העזרים (קצוות מקל הליכה/קביים/הליכון מכוסים בכיסוי נגד החלקה/המעצורים בכיסא הגלגלים תקינים). <input type="checkbox"/> סיוע למטופל להתנייד בעזרת ציוד העזר במידת הצורך.	0 15 20	3. מידת השימוש בעזרים לניידות מתהלך ללא עזרי הליכה (אפילו אם הוא נתמך על ידי אחות) / העדר תנועתיות (לדומא: מחוסר הכרה, משותק), אינו יורד בכלל מהמיטה. נעזר במקל / קביים / הליכון / כיסא גלגלים נאחז ברהיטים לתמיכה בניידות
<input type="checkbox"/> בדיקת תקינות הציוד ובטיחותו. <input type="checkbox"/> הדרכה לניידות בטוחה עם ציוד מגביל.	לא - 0 כן - 20	4. חיבור לציוד מגביל עירוני, זונדה, קטטר, מוניטור, חמצן וכו'
<input type="checkbox"/> עירוב פיזיותרפיסט בנוגע לייצוב תנוחת הגוף ואופן העברה בטוח ביותר (לדוגמה לכיוון הצד החזק, באמצעות חגורת העברה וכד'). <input type="checkbox"/> שימוש באמצעי אבטחה למניעת החלקה/נפילה מכיסא גלגלים/ כורסא, כגון: שימוש בשולחנית/קשירה באמצעות סדין. <input type="checkbox"/> שימוש באלונקה או כיסא גלגלים לניוד בטיחותי של המטופל ממקום למקום. <input type="checkbox"/> פיקוח מתמשך על המטופל במהלך השהיה בחדר הרחצה/הטיפולים	0 10 20	5. יציבות בהליכה הליכה יציבה או מרוחק למיטה/העדר תנועה. חולשה בהליכה: המטופל כפוף קדימה אך מסוגל להרים את ראשו בזמן ההליכה מבלי לאבד את שיווי המשקל. צעדיו קצרים ותתכן גרירת רגליים. חוסר יציבות בהליכה: שימוש בתרופות המשפיעות על יציבות/לאחר שכיבה ממושכת/מתקשה בקימה מהכיסא/ראש המטופל כלפי מטה. לתמיכה נאחז ברהיט, באדם, או בעזר כלשהו ואינו יכול להלך ללא סיוע. צעדיו קצרים והוא גורר רגליים.
<input type="checkbox"/> השכבת המטופל במיטה הקרובה ככל שניתן לתחנת אחות/שירותים. <input type="checkbox"/> הדרכת המטופל לקום רק עם סיוע. יש לחזור על ההנחיה ככל שיש צורך, גם לבני המשפחה/מלווה. <input type="checkbox"/> השגחה על פעילות המטופל לעיתים קרובות וביקורים תכופים בחדרו. <input type="checkbox"/> בקשה מבני משפחה/מלווה לשבת לצד המטופל במידת הצורך. <input type="checkbox"/> שמירה פרטית למטופלים מבולבלים (בהוראת רופא). <input type="checkbox"/> הגבלה פיזית לשמירה על בטיחות המטופל.	0 15	6. מצב מנטאלי מודע לגבולות יכולתו לניידות. שיפוט לקוי ביחס ליכולתו לניידות בבטחה - מעריך יותר או שוכח גבולות יכולתו, חוסר התמצאות בסביבה, מטושטש, היסטוריה של הפרעות בשינה, בלבול, דמנציה, אי שקט פסיכו-מוטורי, דיכאון..
<input type="checkbox"/> הצמדת מדבקה חומה לכרטיס פרטי החולה שעל המיטה.	סה"כ ניקוד:	מפתח ניקוד 0-24 אין סיכון 25-45 רמת סיכון נמוכה עד בינונית +46 רמת סיכון גבוהה. * בסיכון גבוה לנפילה יש להצמיד מדבקה חומה לכרטיס פרטי החולה שעל המיטה ולצמיד הזיהוי שעל ידו.



בנק הדם

בדיקת נוגדנים להפטיטיס

תאריך: _____

מדבקה עם פרטי המטופל

שם: _____

ת"ז: _____

מחלקה: _____

חתימה וחותמת רופא:

אבחנה: _____

נא לסמן X אם המטופל משתייך לאחת הקבוצות הבאות:

חולה דיאליזה

איש צוות (לאחר דקירה)

חולה שאיש צוות נדקר ממנו

תורם איברים פוטנציאלי

נא לסמן רק את הבדיקות הנדרשות:

בדיקות שגרתיות:

1. HBsAg

2. anti HBs

3. anti HBc

4. anti HCV

בדיקות מיוחדות:

anti HAV IgM

מבוצע רק בחשד להפטיטיס A חריפה!

anti HBc IgM

מבוצע רק בחשד להפטיטיס B חריפה!
 ו**אם anti HBc חיובי**

אסף 343

טופס מספר: **אסף 343**

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



מסוד תרופות / המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)

מַרְשֵׁם אִישִׁי

מספר השובר		סמל היחידה המנפקת		תאריך ניפוק		שם היחידה	
1-8		9-19		20-25		בית מרקחת	
סמל היחידה המקבלת		סוג תנועה		תנועה		שם היחידה המקבלת	
40-50		6-9		0 1 1		היחידה	
מספר השעות בתנועה		סיכום		0 0 1		שם המקבל	
65-68		79-80		1 0 0		חתימת המקבל	
מַרְשֵׁם עֵבֶר				תרופות אנטיביוטיקה אחרות			
שם				אבחנת של החולה			
גיל גלין מס'				ניסוק למתן התרופה המאגבלת			
מחלקה				ממצאים בקטילוגיים כולל רישות			
שם התרופה באותיות דפוס							
מנה / ROUTE DOSE תרופה ל-24 שעות							
מס' קטלוגי		כמות מנפקת		ג'י סטרו			
10-19		20-32					
לפי פקודת		בדיעתי ובאחריותי מורשת		אנשי ע"י:			
מנהל המחלקה ו"ד		בית המרקחת לספק את התרופה		במאריך:			
חתימת מנהל		מכל תוצרת מאגשרת ע"י המוסד		חתימה:			
המחלקה		אלא אם ציינתי אחרת.					
לשימוש מסוד הרטאם							
נבדק ע"י				ביום			
אנשי ע"י				ביום			
עם גמר הטיפול יש להחזיר את הבצור מהתרופה לבית המרקחת							

אסף 355

1. נייד לבג-מחשב

טופס מספר: אסף 355

גודל: 14.8*21 | בלוקים: 1*100

מספר המבחן 1-8	סמל היחידה המבוקשת 6 1 0 1 0 1 0 1 0 1 2 0 3 4 9-32	תאריך השיק שנה חודש יום 20-25	שם היחידה המבוקשת בית מרקחת: שם הידוק: חתימת המבקש:
סמל היחידה המקבלת 6 1 0 1 0 1 0 1 0 1 48-50	סמל היחידה המקבלת 1 4 0 4 67	חתימה 0 1 1 סיכום 0 0 1 1 0 0 62-66 72-80	חתימת המקבל חירי מאשר בזה כי הנני עובד בכייה אסף הרופא והתרופות הרשומות לשימוש האישי שלי.

פרטים עבור

שם _____
גיל _____

מרשם עבור פרסונל /

R.P.	שם התרופה באותיות דפוס	No.	מספר קטלוגי	
			10-19	20-32
1.				
2.				
3.				

חתימת הרופא	כדיעתי ובאחריותי מרשם בית המרקחת לספק את התרופה מכל תחנת מאשר עיי המוסד אליו אם צייטני אחרת.	אשר עיי
מס' רשיק		בתאריך
חתימת		חתימת
	אשר עיי	בדק עיי
	כיום	כיום

אסף 356 - האוגדים 2019

שתק ידוק - למחשב 2. שתק לכן - למקב

טופס מספר: אסף 356

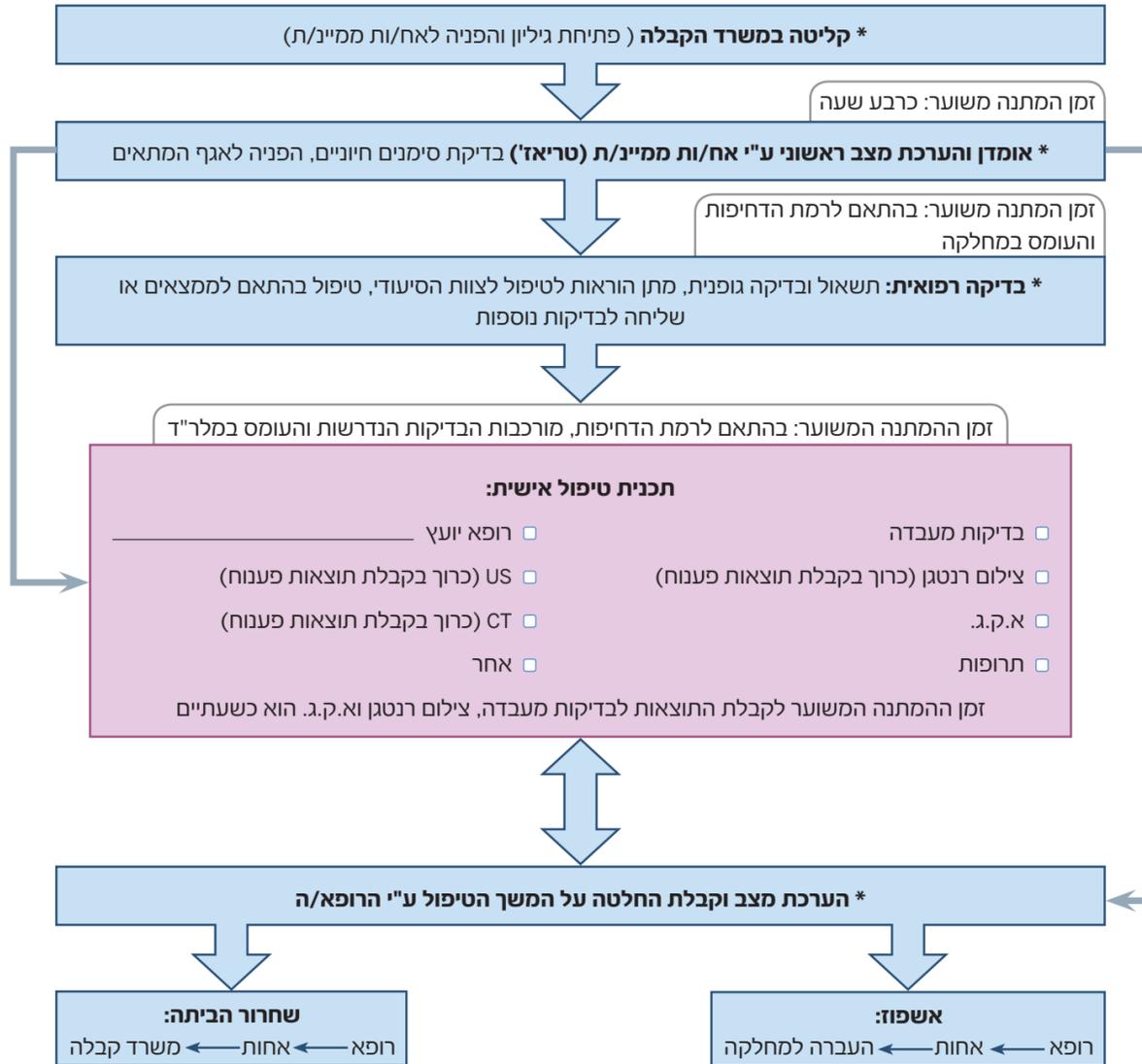
גודל: 17.5*25 | בלוקים: 1*100



מדבקה קטנה

מסלול הטיפול בחדר המיון (מלר"ד)

קבלת המטופל בכל אחד משלבי הטיפול נקבעת על פי דחיפות מצבו ולא בהכרח על פי מועד הגעתו. זמני ההמתנה הם בגדר הערכה בלבד ועשויים להשתנות בהתאם לעומס במלר"ד.



* שלבי טיפול המסומנים בכוכבית הינם שלבי חובה במהלך השהות במלר"ד. הערה: הטופס הינו אישי, יש לשמור עליו ולהחזירו בתום הטיפול לצוות המטפל.



דברים שחשוב לדעת במלר"ד

1. סדר הטיפול בפונים למחלקה נקבע על פי רמת הדחיפות, חומרת המצב-הרפואי והחלטת הצוות במקום.
 2. בכל שלב בהמתנה, במידה ואינך חש בטוב או סובל מכאבים, פנה מיידית לאחד מאנשי הצוות.
 3. יתכן כי לאחר קבלת תוצאות הבדיקות הראשוניות, תידרש לבדיקות נוספות (הוספת בדיקות דם, יעוצים נוספים ע"י רופאים ובדיקות נוספות).
 4. מדיניות המלר"ד (מיון) הינה הכנסת מלווה אחד בלבד (מדבקת מלווה ניתנת במשרד הקבלה).
 5. לאחר מסירת הגיליון הרפואי באגף המתאים תתבקש לעבור לאולם ההמתנה עד לקריאתך.
 6. למידע כללי והכוונה אנא פנה למתאם השירות (במשמרות בוקר וערב בימי א'-ה' בלבד)
 7. הנך מתבקש להימנע משיחות חולין/ במכשיר הטלפון הנייד, על מנת לשמור על סביבה שקטה.
 8. אנא התייעץ עם הצוות הסיעודי במידה ובכוונתך לאכול או לשתות במהלך שהותך במלר"ד
 9. מתקני מי שתיה חמים/קרים עומדים לרשות המטופלים ומשפחותיהם באולם המתנה, באגף מהלכים, באגף כירורגי ובמיון ילדים. באם הנך מעוניין בארוחה קלה, ניתן לפנות לצוות המטפל
 10. לאחר בדיקה ראשונית עפ"י החלטת הרופא יתכן ותתבקש לחזור לאולם המתנה ולהמתין להמשך הטיפול.
 11. במידת הצורך, ניתן לקבל בהשאלה כיסא גלגלים במשרד הקבלה, כנגד הפקדת תעודה מזהה כערבון
 12. זכות מטופלי בית החולים לסודיות רפואית, פרטיות וצנעת הפרט. על כן חל איסור על צילום מטופלים ופרסום ו/או העברת מידע הנוגע למטופלים.
 13. משך השהיה הממוצע במחלקה לרפואה דחופה עד השחרור או עד להחלטה על אשפוז הינו כ- 4 שעות לפחות.
 14. לאחר ההחלטה על אשפוז - תיתכן המתנה במלר"ד עקב עומס במחלקת האשפוז.
 15. כל מטופל המחליט לעזוב את המלר"ד (מיון) על דעת עצמו עושה זאת על אחריותו האישית.
- אנו מבקשים את שיתוף הפעולה שלך, על מנת שנוכל לטפל בכל המטופלים ביעילות ובמסירות.
- אנא התאזר בסבלנות ועזור לנו לעזור לך.**
- צוות המחלקה לרפואה דחופה מאחל לך רפואה שלמה!

✓ מטעמי נוחות המידע נכתב בלשון זכר אולם הוא מתייחס לשני המינים.

מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א 7030000

מחלקת הרדמה - טל: 08-9779466, פקס: 08-9779431



שאלון למטופל

שם: _____

מספר ת.ז.: _____

תאריך: _____

הערות	הקף את התשובה הנכונה בעיגול		שאלה מספר
	כן	לא	
	כן	לא	1. האם בזמן עליית מדרגות אתה מרגיש צורך לעצור ולנוח?
	כן	לא	2. האם אתה מסוגל לשאת סל קניות בעת עלייה במדרגות?
	כן	לא	3. האם אתה ישן עם יותר מכרית אחת?
	כן	לא	4. האם אתה סובל מכאבים בחזה?
	כן	לא	5. האם אתה מתעורר בלילה מכאבים בחזה?
	כן	לא	6. האם רגליך מתנפחות בסוף היום?
	כן	לא	7. האם אתה מתעורר בלילה לתת שתן?
	כן	לא	8. האם היה לך התקף לב בעבר?
	כן	לא	9. האם אתה מעשן?
	כן	לא	10. האם סבלת או סובל משיעול עם דם?
	כן	לא	11. האם אושפזת בעבר בבית חולים?
	כן	לא	12. האם אתה שותה משקה חריף יותר מפעם בשבוע?
	כן	לא	13. האם סבלת מהתקפים כמו במחלת הנפילה?
	כן	לא	14. האם אתה סובל מכאבים?
	כן	לא	15. האם לפעמים אתה רואה כפול?
	כן	לא	16. האם אתה סובל מכאבי ראש לעיתים קרובות?
	כן	לא	17. האם יש לך שיניים תותבות או גשרים בפה?
	כן	לא	18. האם ירדת במשקל בשלושת החודשים האחרונים?

המשך מעבר לדף

אסף 377

הערות	הקף את התשובה הנכונה בעיגול		שאלה מספר
	כן	לא	
	כן	לא	19. האם קיבלת עירווי דם בעבר?
	כן	לא	20. האם הקאת דם או סבלת מכיב בדרכי העיכול?
	כן	לא	21. האם לקחת אספירין בשבועות האחרונים?
	כן	לא	22. האם את בהריון?
	כן	לא	23. האם יש סיכוי שאת בהריון?
	כן	לא	24. האם יש לך קושי בפתחת הפה ובתנועות הצוואר?
	כן	לא	25. האם אתה אלרגי לתרופות מסויימות?
	כן	לא	26. האם יש לך נזלת אלרגית שחוזרת מידי שנה?
	כן	לא	27. האם אתה מדמם לעיתים קרובות כמו בצחצוח שיניים?
	כן	לא	28. האם חלית בצהבת?
	כן	לא	29. האם לך או לבני משפחתך היו בעיות בהרדמה?
	כן	לא	30. האם אתה סובל מהתכווצויות שרירים (ללא מאמץ)?
	כן	לא	31. האם אתה סובל מעליית חום ללא סיבה?
	כן	לא	32. האם אינך מסוגל לשתות קפה או קוקה קולה?
	כן	לא	33. האם בשבועיים האחרונים סבלת מנזלת, חום או שיעול?
	כן	לא	34. האם אתה משתעל לעיתים קרובות בבוקר או בלילה?
	כן	לא	35. האם אתה סובל ממחלת כליות או בעיות בשתן?
	כן	לא	36. האם אתה סובל מכאב גב?
	כן	לא	37. האם אתה נוחר חזק בלילה?
	כן	לא	38. האם אתה משתמש בבית במכשיר נגד נחירות?
	כן	לא	39. האם נרדמות לך האצבעות?
	כן	לא	40. האם עברת צינטור בלב בעבר?

"במקרה ויש לך שאלות לגבי השאלון הזה, תוכל לפנות למרדים שיפגוש אותך לפני הניתוח"

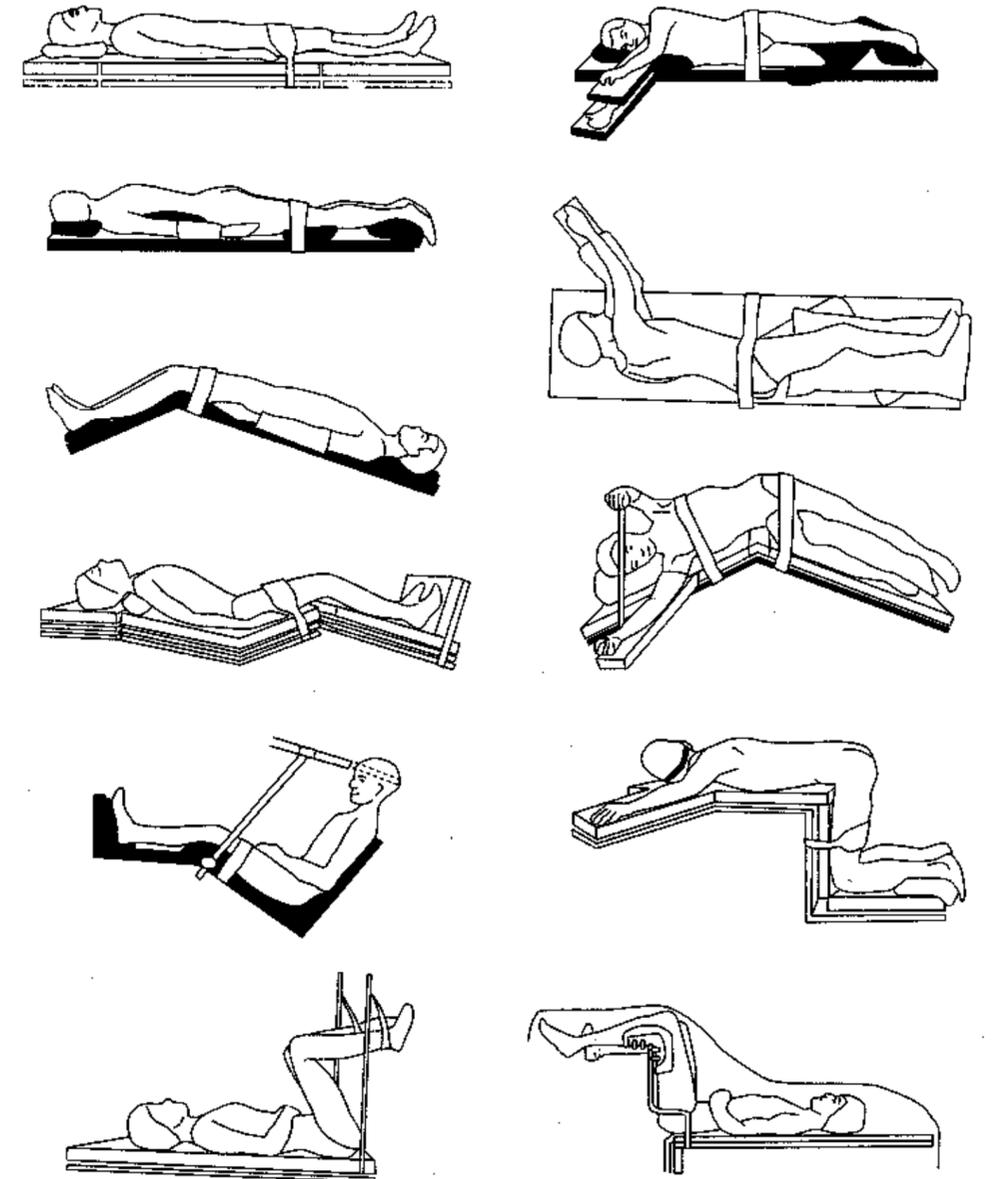
חתימה _____

טופס מספר: **אסף 377**

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | נייר מנילה צהוב 180 גרם

נספח לתהליך השכבת חולה בתנוחה ניתוחית

תנוחה נכונה, מתבצעת תוך הגנה על גופו של החולה מלחץ על העור, עצבים, כלי דם והעצמות ומאפשרת פעולה חופשית של כלי הנשימה. נספח זה, מפרט ומאפשר כיצד לרפד את מקומות הלחץ ולסמן את האזור המוגן, על פי איורי התנוחות. * על האחות המסתובבת לתעד בדיווח סעודי נתונים רלוונטיים לתנוחה.



גיליון דווח סיעודי בחדר ניתוח

מס' חדר _____ שעת התחלת הניתוח _____ שעת סיום הניתוח _____

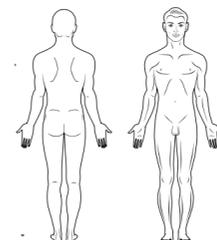
הרדמה	תנוחה	נקיים	שתלים	בדיקות	איבר	מס' דגימות
כללית	בטן	זונדה	גרפט	היסטולוגיה		
מקומית	גב	קטטר	פגים	בקטריולוגיה		
אפידורלית	צד	המובק	מסמור	ציטולוגיה		
ספינלית	ליטוטומי	טורקלי	פרוזה	התך קפוא		
אחרת	אחר	אחר	אחר	ממוגרפיה		

חיטוי עור	שטיפות	אמצעי הדמייה	מזרון חימום
Chlorhexidine Alcohol	סליין 0.9%	צילום	תחתון
Septal Scrub	מים סטרילים	שיקוף	עליון
Polidine sol 0.4%			
Polidine Scrub	גליצין	אולטרא-סאונד	טמפרטורת גוף
Polidine Solution	כלורקסדין 0.02%		התחלה
Alcohol 70%			סיום

תרופות				
שם התרופה	מינון	שעה	אופן מתן	חתימת אחות

חוסם עורבים: מקום _____ לחץ _____ שעת הפעלה _____ שעת סיום _____ שם המפעיל _____
 דיאטרמיה: כן / לא מס' מכשיר _____ מקום לחית הארקה _____ שם המניח/ה _____ טווח הספק _____
 לייזר: כן / לא סוג: _____

מעב העור: לפני הניתוח: תקין / לא תקין _____ אחרי הניתוח: תקין / לא תקין _____
 ריפוד חולה: סוג הריפוד: _____ המקום: _____
 הערות: _____



העברה לחתאששות: _____
 מונשם: כן / לא _____ המצאות ידון לפני העברה: כן / לא _____
 שעת העברה: _____ שם המלווה: _____
 שם האחיות המדווחות / מסתובבת: _____ חתימה: _____

המרכז הרפואי שמיר
 המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) ח.ב. כללי מנהל שירותי הסייעוד

טופס קבלת חולה והכנתו בחדר קבלה

תאריך: _____ שעת קבלה: _____ מידע על הניתוח יש למסור: _____
 שם הניתוח: _____ מוזמן דחוף

תוכנית	סמן בעיגול	פרט
1. זיהוי חולה: ידון ורגלון (מס' ת.ז.) מדבקות, רשומות (עפ"י הנהל)	כן / לא	
2. צום, משעה _____	כן / לא	
3. פרמדיקציה	כן / לא	
4. הסכמה לניתוח: מדעת/אמטרופוס אימות סוג הניתוח עם החולה	כן / לא	
5. סימון צד ניתוח כמקובל (ימין/שמאל)	כן / לא	
6. רגישות לתרופות (לחומרי הרדמה, לטקס, יור).	כן / לא	פרט: _____
7. תרופות אנטיקואגולנטיות (הופסק/מתי?) שימוש בסמים / אלכוהולים	כן / לא	פרט: _____
8. מחלות כרוניות (סכרת, י.ל.ד, אסטמה) מגבלות ופגמיות / קוצב לב T.H.R	כן / לא	פרט: _____
9. מחלות מדבקות HIV, T.B, HEPATITIS - J.C	כן / לא	פרט: _____
10. ניתוחים בעבר	כן / לא	פרט: _____
11. הוצאת תותבות, עדשות והורדת איפור ולק	כן / לא	
12. הוצאת דבי ערן, פירסינג (למי נמסר)	כן / לא	
13. הסבר לחולה על סביבתו הפיזית	כן / לא	
14. Cross, דם בבנק הדם דם ומצרו בח ניתוח	כן / לא	
15. גילוח	כן / לא	
16. בדיקות מסמכים רפואיים: E.C.G, C.T, צילומים רלוונטיים לניתוח	כן / לא	
17. הניתוח בטל / סיבת הביטול	כן / לא	
18. דפנות מיטה סגורות	כן / לא	

היכנס/ה לחדר ע"י אח/ות _____ חתימת אחות _____

מרכז רבואי "אסף הרופא" - טופס ספירה כלי בזמן ניתוח - חומרי ספיגה / מכשירים / פריטים

תאריך: _____ סוג ניתוח: _____ מנתחים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ שם המרדים: _____ בחור _____ ביוטכנולוג _____

א. רחוצה: _____ א. מסתובבת: _____ א. רחוצה מחליפה: _____ שעה: _____ א. מסתובבת מחליפה: _____ שעה: _____

פ. כלי מס' וסם	ס. כלי מס' וסם	קונסטרוי לרסקור בסן מס' וסם	מס' וסם	VESEL LOOP מס' וסם	כיסוי לרומל מס' וסם	בלואים מס' וסם	קנולת מס' וסם	דיאטרמיה ארוכה מס' וסם	סקיטס מס' וסם	מוסקיסו גומי מס' וסם	מוסקיסו מס' וסם	מאנים מס' וסם	שריכים מס' וסם	להבים מס' וסם	מחטים מס' וסם	פ. גזה מס' וסם	אמתות מס' וסם	סטיות מס' וסם	פ. כלי מס' וסם	בוצעה ספירה בהחלפת משמרת: כן / לא	
																					נמק:
																					ערכת מכשירים לפני ניתוח:
																					1.
																					2.
																					3.
																					4.
																					5.
																					6.
																					7.
																					8.
																					9.
																					תקין / לא תקין
																					חתימת אחות מסתובבת:
																					חתימת א. רחוצה:
																					ערכת מכשירים אחרי ניתוח:
																					תקין / לא תקין
																					חתימת אחות מסתובבת:
																					חתימת א. רחוצה:
																					הערות שעת דיווח וחתימה:
																					ספירה (1) סה"כ
																					אצל
																					מסתובבת
																					אצל
																					רחוצה
																					חתימה
																					ספירה (2) סה"כ
																					אצל
																					מסתובבת
																					אצל
																					רחוצה
																					חתימה
																					ספירה (3) סה"כ
																					אצל
																					מסתובבת
																					אצל
																					רחוצה
																					חתימה

חתימת אחות רחוצה: _____ חתימת אחות מסתובבת: _____
 תקינה / לא תקינה במקרה של ספירה לא תקינה - לדוח על פי נוהל אירוע חריג.

מדבקה
פרטים

תוצאות חריגות							
תאריך	שעה	מוסר ההודעה	מקבל ההודעה	תוכן ההודעה	RB	חתימת רופא/ה	שעה
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		

הפרשות			
שעה	שתן	תוכן קיבה	חתימה

דיווח סיעודי שוטף שעה _____

_____ חתימה

דיווח סיעודי מסכם שעה _____

מין: זכר / נקבה גיל _____ סיבת אשפוז/תלונה עיקרית _____ מחלות רקע רלוונטיות לאשפוז הנוכחי _____

מצב הכרה: A מלאה V מגיב לקריאה P מגיב לכאב U חסר תגובה מורדם

יציבות נשימתית: יציב לא יציב עם חמצן מונשם **יציבות המודינמית:** יציב לא יציב וחפרטורים

טיפולים ייחודיים _____

האם יש צורך בליווי רפואי: כן לא העברה עם יעד ביניים: כן לא פרט _____

בידוד: כן לא פרט _____ צרכים מיוחדים _____ חתימת אח/ות _____

שחרור	אישפוז/העברה לבי"ח אחר
<input type="checkbox"/> הביתה <input type="checkbox"/> מוסד אחר	מתקבל ל _____
הדרכת מטופל/מלווה בעת השחרור _____	הודעה נמסרה ל _____ שעה _____
<input type="checkbox"/> הסבר לגבי המלצות להמשך טיפול: הבין/לא הבין	שם המודיע _____
<input type="checkbox"/> איסור נהיגה בשל נטילת תרופה מרדימה: הבין/לא הבין	<input type="checkbox"/> ידון זיהוי _____
<input type="checkbox"/> מכתב שחרור ממוחשב (מודפס)	<input type="checkbox"/> אופן העברת המטופל על פי הנחיית רופא/ה
<input type="checkbox"/> בדיקות נמסרו: כן/לא	חפצים אישיים: חפצי ישי/אין הופקדו בכספת כן/לא
<input type="checkbox"/> ניתן דף מידע בנושא: _____ הבין/לא הבין	בגדים נגזרו: כן/לא נמסרו למשפחה: כן/לא
<input type="checkbox"/> וידוא לקיחת ציוד אישי שברשות המטופל	נשלחו למחלקה: כן/לא תותבות: כן/לא נמסר ל _____
<input type="checkbox"/> לא הודרך. עזב על דעת עצמו. חתם: כן/לא	שעת העברה _____ שם אח/ות _____
אחר _____	
שעה _____ חתימת אח/ות _____	

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
 Affiliated to Sackler School of Medicine
 Tel-Aviv University
 7030000
 Israel
Anesthesiology Department
 Tel: (972) 89779466
 Fax: (972) 89779463
 E-mail: nanap@asaf.health.gov.il

**המרכז
 הרפואי
 שמיר**



מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
 מסונף לאוניברסיטת תל-אביב
 ע"ש סאקלר
 אוניברסיטת תל-אביב
 7030000, ישראל
מחלקת הרדמה
 טל': 08-9779466
 פקס: 08-9779463

ANESTHESIA טופס הסכמה להרדמה

סוגי ההרדמה (אילחוש) המקובלים הם הרדמה כללית, אזורית ומקומית, או שילוב בין השיטות. **הרדמה כללית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם ו/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס), ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה. **הרדמה אזורית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים אל עצבים או סביבם וגורמת לאילחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידורלית והרדמה ספינלית, בהן מוזרק חומר ההרדמה לחלל סביב חוט השדרה (בגב). **הרדמה מקומית** מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים לקרבת האזור המנותח. בדרך כלל הדבר מבוצע על ידי המנתח עצמו. יתכן שילוב של סוגי הרדמה שונים, לדוגמא: הרדמה כללית והרדמה אזורית, הרדמה אזורית והרדמה מקומית, וכן שילוב של שיטות הרדמה אזורית.

סיכוני ההרדמה, על כל סוגיה, אינם קשורים בהכרח בסוג הניתוח ובמורכבותו.

אצל **אשה בהריון**, בכל סוגי ההרדמה, יתכן מעבר של חלק מחומרי ההרדמה לעובר, ויתכנו, במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיכונים נדירים לעובר או להמשך ההריון.

על החולה למסור למרדים מידע מלא על מחלותיו/ה, רגישות לתרופות, ותגובות להרדמה קודמת, כולל סיכונים במידה והתרחשו.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.

כמו כן הוסברו לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצועה האפשריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי סוגי ההרדמה השונים וכי קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה, ו/או לשילוב בין סוגי ההרדמה השונים (למשל, כללית ומקומית או כללית ואזורית) ו/או למעבר מסוג הרדמה אחד למשנהו, בהתאם לשיקול דעתם של המרדמים והמנתחים. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות: כאב גרון ואי נוחות בבליעה, כאבי שרירים, בחילות והקאות ואי נוחות כללית.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: נזק לשיניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המיכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיכונים קשים לרבות: תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי הכבד, ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר אפשרי מוות מסיכונים אלה.

הוסברו לי תופעות הלוואי בעת **הרדמה אזורית** לרבות: תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה, ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד לשיתוקים חולפים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה, ושטף דם מקומי (המטומה). בנוסף, הרדמה ספינלית ו/או אפידורלית מלווה לעיתים בכאבי גב, וקיימת אפשרות של דליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה, שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ביותר ייתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ובכיס השתן.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה, למעט

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע ההרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כשלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב, לעיתים, מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות, ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה כזה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שההרדמה, על צורתה השונות, תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקה בידי אדם מסוים, ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
*מחקר/י את המיותר		

משמורת ערב

שם החולה:
ת.ז.:
מס' מקרה:

מצב הכרה

ערנות: ערני / שקוע / מורדם / חסר הכרה
שיתוף פעולה בטיפול: משתף / לא משתף
התמצאות: מתמצא / מתמצא לסרוגין / לא מתמצא:
בזמן/מקום/אנשים

נשימה

משם בעצמו / נעזר במסכת חמצן / משקפי חמצן / CPAP
BIPAP אחוזי חמצן ליטרים
מונשם / טובוס / טרכאוסטומי: שיטת הנשמה CMV / SIMV
T-tub / CPAP / אקסטובציה בשעה
הפרשה מהסקשיין: תקינה / מרובה

סימנים חיוניים

לד. אחרון
חום sat%
סיננים בסימנים (סדירות, יציבות, עלייה, ירידה, מחובר למוניטור, ללא מוניטור)
נא לשים לב לשינויים בתרופות / טיפולים רפואיים חדשים

מאזן נוזלים

ממשיך בתוכנית / הופסק / שינוי / מקבל דם ומצרי

שינויים דינמיים במצב/דיווח על אירועים מיוחדים/ הדרכה לקראת בדיקה/הדרכה לקראת שחרור
תאריך:
שעה:
חתימת האחות המדווחת:

משמורת ערב

נשימה

נושם בעצמו / נעזר במסכת חמצן / משקפי חמצן / CPAP
BIPAP אחוזי חמצן ליטרים
מונשם / טובוס / טרכאוסטומי: שיטת הנשמה CMV / SIMV
T-tub / CPAP / אקסטובציה בשעה
הפרשה מהסקשיין: תקינה / מרובה

סימנים חיוניים: לד. אחרון
מאזן נוזלים ואלקטרוליטים: ממשיך בתוכנית/הופסק/שינוי
אכילה ושתייה: (סוג, כמות, רמות סוכר/צום לפני בדיקה)
בטיחות פיזית: יציב/חוסר יציבות/חשש לפילות האמצעים שנקטן

שמירה מיוחדת/הגבלה פיזית (ממתי ולמה)
הפרשות: (סוג, כמות)
ניעות ושלמות העור: תקין/שינוי תוחה, טיפול בפצעים

מנוחה ושינה: נצפה: ישן / ישן לסרוגין / ער רוב הזמן / חסר שקט
דיווח על אירועים מיוחדים

תאריך:
שעה:
חתימת האחות המדווחת:

** במידה והמקום לא מספיק צרף דף נוסף ופרט את האירוע

מרכז רפואי אסף הרופא דיווח טיעודי יומי משמרת בוקר

שם החולה:
ת.ז.:
מס' מקרה:

אבחנה עיקרית מצב הכרה

ערנות: ערני / שקוע / מורדם / חסר הכרה
שיתוף פעולה
בטיפול: משתף / לא משתף התמצאות: מתמצא / מתמצא
לסרוגין / לא מתמצא: בזמן/מקום/אנשים תקינה/
בעיות תקשורת. הערות:

נשימה

נושם בעצמו / נעזר במסכת חמצן / משקפי חמצן / CPAP
BIPAP אחוזי חמצן ליטרים
מונשם / טובוס / טרכאוסטומי: שיטת הנשמה CMV / SIMV
T-tub / CPAP / אקסטובציה בשעה
הפרשה מהסקשיין: תקינה / מרובה
הערות: (נקיים, ציאנוזיס, שימוש בשרירי עור, דיספנאה, שינויים בתוכנית ההנשמה וכ"ו)

סימנים חיוניים

לחץ דם אחרון
חום sat%
שינויים בסימנים (סדירות, יציבות, עלייה, ירידה, מחובר למוניטור, ללא מוניטור)
נא לשים לב לשינויים בתרופות / טיפולים רפואיים חדשים

מאזן נוזלים

מקבל נוזלים בעירוני: פריפרי / מרכזי / DPA / PPA
מקבל דם ומצרי
הערות (סיום תוכנית נוזלים, בצקות ומיקום, טורגור, תגובות לדם וכ"ו)

אכילה ושתייה

רגילה / צום / דרך זונה / דרך גסטרוסטום
לחולי סכרת שמקבלים אינסולין - רמת סוכר אחרונה
כלכלה: רגילה / סכרת / מיוחדת
שתייה: רגילה / הגבלה / ריבוי שתייה
הערות:

הפרשות

שתן: שולט / חיסול / פסוד / קסטר / פחוסטום
הפרשה רגילה / אנוריה / פוליאוריה
כמות נמדדת
הערות:
פעילות מעיים: שולט / לא שולט / סטומה
הייתה יציאה / לא הייתה יציאה / הפרשה רגילה / עצירות / שלשול / מס' פעמים
הערות:

ניעות וניקיון

עצמאי / זקוק לעזרה / מרותק למיטה רחצה
נרחץ עם עזרה במקלחת / נרחץ במיטה / טיפול פה
ניידות: מתהלך לבד/ מתהלך עם הליכון / מתהלך עם עזרה/
הורד לכורסא / הערות: נעשו שינוי תנחתה/פיוזטרפיה

שלמות העור

תקין / יבש / פטרת / גרוד / אודם / פריחה / צלקות / כיב
פצע לחץ (מיקום, דרגה, הפרשה, טיפול)

בטיחות

בקטריאלי: בידוד כן / לא סוג הבידוד והסיבה
פיזי: יציב / חוסר יציבות / חשש לפילות / האמצעים
שנקטו: דפנת למיטה
שמירה מיוחדת / הגבלה פיזית (ממתי ולמה)

רווחה נפשית וחברתית

מצב נפשי: רגוע / חרד / לחוץ / אי שקט / מבולבל
משפחה: תומכת / מטפל לידו / ביקורי משפחה

שינויים דינמיים במצב/דיווח על אירועים מיוחדים

טיפולים מיוחדים, בדיקות, ייעוץ, העברה מוסדית, שחרור
צפוי, הדרכה לקראת בדיקה / שחרור

תאריך:
שעה:
חתימת האחות המדווחת:

** במידה והמקום לא מספיק צרף דף נוסף ופרט את האירוע

אסף 385

טופס מספר: אסף 385

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | 90 גרם | פרוצס | בלוקים: 1*100 | חורי תיוק



מתן דם במצבי חירום במלר"ד/בחדרי ניתוח

בהוראה וחתמת רופא בלבד!!!

מתן דם מסוג O ללא בדיקת סוג והצלבה

- נבדק שסוג הדם הוא O כן לא
- המרכיב בתוקף כן לא
- קיימת מדבקת מד"א לשלילת מחלות זיהומיות כן לא
- וידוא נחיצות מתן דם לא משוייך (סוג דם O ללא סוג וסקר) באישור הרופא כן לא

אם התשובה לאחד הסעיפים היא "לא" – אין לתת את המנה!

חתמת המזהים:

שם וחתמת מזהה I: _____ תאריך ושעה: _____

שם וחתמת מזהה II: _____ תאריך ושעה: _____

יש להדביק כאן את מדבקת הניפוק
מבנק הדם
לאחר סיום מתן המרכיב

תאריך: _____



טופס מתן דם

(יש לתייך בגיליון המטופל לאחר סיום מתן המרכיב)

שני אנשי הצוות שזיהו את המטופל ובדקו את מרכיב הדם יחתמו על המדבקה המודבקת על מרכיב הדם. החתימה תכלול שם פרטי ומשפחה מספר רישיון וחתמה בכתב יד קריא (או חותמת) תאריך ושעה. בנוסף, יחתמו על טופס זה.

זיהוי המטופל

1. שאלנו את המטופל לשמו המלא ולמספר הזהות שלו: כן לא (אם לא פרט מה סיבה) _____
 2. למטופל מוצמד ידון זיהוי כן (אם אין למטופל ידון יש להצמיד ידון זיהוי לפני כל פעולה נוספת)
 3. הפרטים בידון הזיהוי תואמים לפרטים במדבקה שעל גבי מרכיב הדם ולפרטים המזהים במדבקת פרטי החולה שעל טופס זה: שם מלא כן לא מספר תעודת זהות כן לא
- למטופל אמבולטורי ללא ידון זיהוי - יש לבדוק את התאמת הפרטים עם פרטים אישיים בתעודה מזהה בכל מצב של חוסר התאמה – אין לתת את מרכיב הדם!

זיהוי מרכיב הדם

<p>את מדבקת הניפוק מבנק הדם יש להדביק כאן לאחר סיום מתן המרכיב</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>מדבקת פרטי המטופל להדביק כאן לפני ביצוע הזיהוי ומתן המרכיב</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>שמות המזהים (2 אנשי צוות מורשים ליד מיטת המטופל)</p> <p>איש צוות I: _____</p> <p>איש צוות II: _____</p> </div>	<p>השוואת המדבקה המוצמדת למרכיב הדם למדבקת מד"א</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. סוג הדם קיים ותואם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 2. מספר המנה תואם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 3. תאריך התפוגה תואם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 4. קיימת בדיקת הצלבה על גבי המרכיב* <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 5. ציון ביצוע בדיקות לזיהוי מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> <p>במדבקת מד"א בלבד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>אין לתת דם אם התשובה לאחת השאלות 1-5 היא לא!</p> <p>* במתן (FFP) פלזמה - התאמת סוג המרכיב לפי ABO בלבד!</p> <p>* במתן קריופריציפיטט ותרומבוציטים – יש להתייחס לסעיפים 2,3,5 בלבד!</p> <p>** במקרים של תוצאת הצלבה "חיובית" – מתן המרכיב רק בהוראת רופא מפורשת המתייחסת לתוצאות הצלבה</p>
---	---

סימנים חיוניים

שעה	מועד המדידה	לחץ דם	דופק	חום	חתומה
:	לפני המתן				
:	במהלך ההזלפה				
:	בסיום המתן				

❖ **אם מופיעה תגובה לעירוי** - יש להפסיק מיד את העירוי ולהחזיר את המרכיב והסט לבנק הדם יחד עם דגימת דם לסוג וסקר נוגדנים (יש לציין בטופס כי הבדיקה נשלחה בעקבות תגובה לעירוי מרכיב דם). במקביל יש לקחת דגימת דם לתרבות מהמטופל ולשלוח אותה למעבדה בקטריולוגית תוך ציון מסי המרכיב שגרם לתגובה.

אסף 389 - דפוס האוגדים 2020

טופס מספר: **אסף 389**

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | נייר ורוד | חורי תיוק



טופס ניפוק מרכיבי דם שהוזמנו

פרטי המטופל:

מרבקה גדולה

סוג המרכיב - יש לסמן ב- X את סוג המרכיב הנדרש ולרשום את מספר המנות לניפוק בעמדה מתאימה:

מס' מנות	סוג המרכיב	לסמן X כאן
	כדוריות דם אדומות דחוסות (Packed Cells)	
	פלסמה טרייה קפואה (Fresh Frozen Plasma=FFP)	
	קריופריציפיטט (Cryoprecipitate)	
	טסיות (Thrombocytes)	

המחלקה הדורשת: _____ תאריך _____ / _____ / _____ שעה _____ :

חתימת המזמין (איש צוות): _____ שם ומשפחה

טופס קבלת מידע טלפוני – Read Back

פרטי המטופל

תאריך קבלת ההודעה: _____ שעת קבלת ההודעה: _____

שם וחתימת מקבל ההודעה: _____

תוכן ההודעה:

הוראה רפואית

תוכן ההוראה:
הערות:
שם נותן ההוראה: _____
<input type="checkbox"/> Read Back אושר:
<u>אישור הרופא על ההוראה</u> חתימת הרופא נותן ההוראה: _____ תאריך ושעת החתימה: _____

ערך חריג של בדיקה

תוכן ההודעה:
שם מוסר ההודעה:
<input type="checkbox"/> Read Back אושר:
<u>מסירת ההודעה לרופא</u> ההודעה נמסרה ל: _____ תאריך ושעת מסירת ההודעה לרופא: _____
<u>אישור הרופא על קבלת ההודעה</u> חתימת הרופא מקבל ההודעה: _____ תאריך ושעת החתימה: _____

הערות:

יש לתייק את הטופס בגיליון המטופל

מדבקת המטופל



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מסונף לביה"ס לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
הנהלת הסייעוד
טל: 08-9779550 | פקס: 08-9779551
Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
Affiliated to Sackler School of Medicine Tel-Aviv University | Zip 7033001 Israel
Nursing Administration
Tel: +972-8-9779550 | Fax: +972-8-9779551



טופס אומדן והדרכת מטופל לפני משפחתו / מלווה

תאריך האומדן: ___/___/___ תתימת האח/ות: _____

מחסומים להדרכה:

- יכולת קריאה: כן, שפה: לא (פרט): _____
ראייה: תקינה לקויה עיוורון
שמיעה: תקינה לקויה חירשות
מגבלה גופנית (פיזית ותחושתית) בגפיים עליונות/תחתונות: לא כן (פרט): _____
רמת השכלה: יסודית תיכונית אקדמאית אחר: _____
נכונות לקבל הדרכה: כן לא (פרט): _____
צרכים מיוחדים: אין תרבות דת אחר.

- פרט: _____
שיטת ההדרכה המועדפת: שיחה / דיבור דפי / חוברות מידע הדגמה אחר: _____

* קוד להערכת תגובת מקבל ההדרכה:
הבין (חזר על תוכן ההדרכה ו/או הדגים נכון את הפעולה).
לא הבין (לומן מלווה לצורך מתן הדרכה).
זקוק להדרכה נוספת.

Table with 6 columns: תאריך, מחסומים להדרכה (של המטופל), הדרכת מטופל/מלווה (שם, קרבה), נושא ההדרכה, * תגובת מקבל ההדרכה, חתימת האח/ות

אסף 465 - האוגדים 2019

Large empty table for recording patient assessment and education details, with columns for date, barriers, education topic, patient/escort name/relationship, response, and signature.

טופס מספר: אסף 465

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 1*100 | חורי תיוק



שאלון לפני ביצוע בדיקת MRI

שם הנבדק: _____
בדיקת MRI מבוצעת ע"י מגנט רב עוצמה. במהלך הבדיקה חלה חובה לברר באם יש בגוף מתכות
היכולות להפריע לבדיקה ואו לגרום נזק לגוף. אמא קראלי בקפדנות ודיקלי במילוי התשובות
הנכונות.
משקל: _____ **גובה:** _____

לא ידוע	כן	לא	
			האם יש לך פרט מהחומרים הבאים:
			קוצב לב
			סיכות ניתוח לאנאורזיזמה (מיפרצת)
			נאורוסטימולטור אלקטרודה מושתלת
			רסיסי מתכת בגוף
			שתל באוזן
			מסתם לב מלאכותי
			צנתר בווריד (פורטה-קט)
			יישור שיניים (פלטה בשיניים)
			קעקועים
			משתלים אחרים בגוף: פרט
			האם עברת בדיקת MRI בעבר?
			האם הזרקת לך חומר ניגוד גדוליניום
			האם היו תגובות אלרגיות
			האם יש לך רגישות כלשהי לתרופות?
			האם את/ה מחובר/ת לאמצעי רפואי חיצוני ישירות לגוף?
			האם נכנס לך רסיס מתכת לעין בעבר?
			האם עברת ניתוח בעבר?
			במידה וכן פרט באיזה איזו בגוף
			האם אתה פוחד ממקומות סגורים?
			התייחסות לנשים בלבד:
			האם את בהריון?
			האם את מניקה?
			האם את מאופרת?
			האם יש סטנט או משתל ?

- הריני מצהיר בזאת שכל הפרטים שנמסרו הינם נכונים.
- הריני מסרב להזרקת חומר ניגוד.
- הריני מסכים בזאת בחתימתי לביצוע הבדיקה ולהזרקת חומר ניגודי המכיל גדוליניום

שם הנבדק _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____

חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דק/קטין/מחלת נפש) _____

אסף 466

טופס מספר: אסף 466

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 1*100 | חורי תיוק



Анкета перед прохождением обследования MRI

Имя обследуемого: _____ Вес: _____ Рост: _____

Обследование MRI (MPT) осуществляется с помощью мощного магнита. В ходе этого обследования необходимо выяснить, есть ли в вашем организме металлы, которые могут препятствовать обследованию и/или привести к нанесению ущерба организму. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с анкетой и как можно точнее ответьте на поставленные вопросы.

	Нет	Да	Не знаю
Присутствует ли у вас один из следующих факторов:			
Электрокардиостимулятор			
Штифты (пластины) после операции при аневризме			
Нейростимулятор с электродами (имплантант)			
Осколки металла в теле			
Слуховой имплантат			
Искусственный клапан сердца			
Венозный катетер (Forte-CAT)			
Ортодонтическое приспособление (зубная пластина)			
Татуировки			
Другие имплантаты в организме: перечислить			
Проходили ли вы МРТ в прошлом?			
Вводилось ли вам контрастное вещество гадолиний?			
Были ли у вас аллергические реакции?			
У вас есть чувствительность к лекарственным препаратам?			
Подсоединены ли к вашему телу напрямую какие-либо медицинские системы?			
Попадал ли вам в прошлом в глаза осколок металла?			
Были ли у вас операции в прошлом?			
Если да, уточните, на каком участке тела			
Есть ли у вас боязнь замкнутых пространств?			
Относится только к женщинам:			
Вы беременны?			
Вы кормите грудью?			
Вы носите макияж?			

Своей подписью я удостоверяю, что согласен (-на) на проведение обследования и введение контрастного вещества, содержащего гадолиний.

Имя обследуемого _____ Дата _____ Подпись _____

Имя опекуна (степень родства) _____ Подпись опекуна (в случае недееспособности / несовершеннолетия / психического заболевания) _____

Имя техника _____ Дата _____ Подпись _____

אסף 466 א'

טופס מספר: אסף 466 א' (רוסית)

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



Questionnaire Prior to MRI Examination

Examinee name: _____ Weight _____

Height: _____

An MRI examination is performed using a powerful magnet. It is mandatory to find out whether there are any metals in your body which may interfere with the examination and/or cause damage to your body. Please read carefully and fill in the answers truthfully and accurately.

	No	Yes	Unknown
Do you have any of the following items:			
Pacemaker			
Aneurysm clips			
Implantable neuro-stimulation electrode			
Metal Shrapnel in your body			
Ear implant			
Artificial heart valve			
Intravenous catheter (Port-A-Cath)			
Teeth straightening braces			
Tattoos			
Other implants: specify			
Have you had an MRI test before?			
Were you injected with the contrast agent Gadolinium?			
Were there allergic reactions?			
Are you sensitive to any medication?			
Do you have an external medical device connected to your body?			
Have you had metal shrapnel in your eye in the past?			
Have you had surgery before? If yes please specify what part of the body			
Are you afraid of closed places?			
For women only:			
Are you pregnant?			
Are you breastfeeding?			
Are you wearing make-up?			

I hereby consent with my signature to performing the examination, including an injection of a contrast agent containing Gadolinium.

Examinee name _____ Date _____ Signature _____

Guardian name (relation) _____ Guardian

signature (in case of incompetence/minor/mental illness) _____

Technician name _____ Date _____ Signature _____

אסף 466 ב'

טופס מספר: אסף 466 ב' (אנגלית)

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



טופס הסבר לפני בדיקת MRI

שלום רב,

הגעת למכון הדימוות בבית ההולים אסף-הרופא. הינך אמור לעבור בדיקת MRI וברצוננו לתאר לך את שלבי הבדיקה. לידעתך, ראש התיבות M.R.I הם: Magnetic Resonance Imaging פירושו: שימוש במגנט ובגלי רדיו לאבחון שינויים אנטומיים בגוף האדם.

הכנה לבדיקה:

במכון נערכות בדיקות לכל האיברים בגוף. הבדיקות מצריכות צום של שעותיים. מאחר שהבדיקה מצריכה שימוש במגנט, אין לשאת חפצים מתכתיים או כרטיסים מגנטיים אל הדר הבדיקה, יש להסירם לפני הכניסה להדר הבדיקה. אם בגופך מושתל גוף מתכתי כלשהו, אנא דווח בקבלה. בבדיקות בטן ואגן יש לשתות חומר ניגודי לעיתים במשך כשעותיים לפני ביצוע הבדיקה.

מה תפגוש בחדר הבדיקה:

כל הבדיקה מתבצעת בשכיבה, לכן בחדר תפגוש מיטה עבורה. בזמן ביצוע הבדיקה תהיה לבד בחדר הבדיקה, אך אל דאגה בדיקתך מנוהלת על ידי רופא רדיולוג, ומבוצעת על ידי טכנאי. הטכנאי משגיח עליך דרך חלון תא הפיקוד.

משך הבדיקה:

שהייתך בחדר הבדיקה תארך בין חצי שעה לשעה תלוי בסוג הבדיקה. לפיכך, מומלץ לגשת לשירותים קודם הכניסה לחדר הבדיקה. במהלך הבדיקה יש לשכב ללא תזוזה ולהישמע להוראות הטכנאי. יתכן ויזרק לך חומר ניגודי המכיל גדוליניום כתלות בסוג הבדיקה.

תוצאות:

התקליטור יימסר לרוב לאהר סיום הבדיקה ותשובת הפענוח תימסר תוך מספר ימים על פי הדרך שביקשת לקבלה (דואר, רשום דואר, פקס ידני). יש לפנות עימם לרופא המפנה אשר גם יסביר לך על את המשתמע מהתוצאה.

משך השהיה במכון המבצע:

זמן ההמתנה לבדיקה תלוי באם יש צורך לשתות חומר ניגודי. במידה ויש צורך בשתיית חומר ניגודי זמן ההמתנה הינו עד שעותיים וחצי במידה ואין צורך לשתות חומר ניגודי זמן ההמתנה יכול לארוך עד כשעה וחצי. זמן ההמתנה לתקליטור הינו עד כ-שעה. לכן יש לקחת בחשבון זמן שהיה כולל במכון המבצע של עד 3 שעות.

דגשים:

יש להביא איתך את כל בדיקות הדימוות הקודמות שעברת, לצורך השלמת המידע לרדיולוג המפענה. צוות מכון ההדמיה עושה כל שביכולתנו כדי לשרת אותך, אנא היה סבלני.

אסף 467

טופס מספר: אסף 467

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



Памятка перед исследованием МРТ (MRI)

Здравствуйте!

Вы находитесь в институте диагностической визуализации больницы «Асаф харофе». Вам предстоит пройти исследование МРТ (MRI), и мы хотим рассказать вам об этапах этого исследования. К вашему сведению, аббревиатура МРТ расшифровывается как «Магнитно-резонансная томография» (Magnetic Resonance Imaging), при которой происходит использование магнитного поля и радиоволн для диагностики анатомических изменений в человеческом организме.

Подготовка к исследованию

В институте проводятся исследования всех органов тела. Перед прохождением исследования необходимо воздержаться от приема пищи в течение двух часов. Поскольку исследование производится с использованием магнитного поля, запрещается проносить в кабинет для проведения исследований металлические предметы и магнитные карточки; необходимо оставить их перед входом в помещение. Если в вашем теле имплантирован какой-либо металлический предмет, сообщите об этом в регистратуре. При исследовании органов брюшной полости и таза необходимо за два часа до начала исследования выпить контрастное вещество.

С чем вы встретитесь в кабинете для проведения исследований?

Любое исследование проводится в положении лежа, так что вас будет ожидать кровать. При выполнении процедуры вы будете находиться в помещении в одиночестве, но не беспокойтесь: исследование выполняется техником под руководством врача-радиолога. Техник будет наблюдать за вами через окно командного пункта.

Продолжительность исследования

Ваше пребывание в кабинете для проведения исследований будет продолжаться от получаса до часа, в зависимости от вида исследования. Поэтому рекомендуется перед началом исследования посетить туалет.

Во время исследования вы должны лежать неподвижно, прислушиваясь к инструкциям техника.

В зависимости от вида исследования, вам может быть сделана инъекция контрастного вещества, содержащего гадолиний.

Результаты:

В большинстве случаев вы получите компакт-диск с результатами непосредственно после окончания исследования, а расшифровка результатов будет отправлена вам выбранным вами способом (Интернет, электронная почта, факс и т.д.) в течение нескольких дней после проведения исследования. С этими результатами вы должны обратиться к врачу, направившему вас на исследование, чтобы он объяснил вам значение результатов.

Продолжительность пребывания в институте

Время ожидания исследования зависит от того, должны ли вы пить контрастное вещество. Если есть необходимость в приеме контрастного вещества, то время ожидания составляет два с половиной часа; если такой необходимости нет, то время ожидания может составить до полутора часов. Время ожидания компакт-диска составляет около часа. Поэтому необходимо иметь в виду, что время вашего пребывания в институте может составить до 4 часов.

Важное примечание:

Необходимо принести с собой все предыдущие результаты диагностической визуализации, чтобы радиолог, расшифровывающий результаты исследования, мог получить более полную информацию.

Коллектив сотрудников института диагностической визуализации делает все возможное, чтобы предоставить вам отличное обслуживание. Пожалуйста, будьте терпеливы.

State of Israel
Ministry of Health
Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
Affiliated to Tel-Aviv University
7033001
TEL: 08-9542111
FAX: 08-9542113



המרכז
הרפואי
שמיר



מדינת ישראל
משרד הבריאות
מרכז רפואי שמיר "אסף הרופא"
מסונף לאוניברסיטת תל אביב
7033001
טל: 08-9542111
פקס: 08-9542113

Explanation Form Prior to MRI Examination

Welcome,

You have arrived at the "Assaf Harofeh" Hospital Imaging Institute.
You are about to have an MRI examination and we wish to describe for you the stages of the examination.
For your information the initials MRI stand for Magnetic Resonance Imaging which means using magnets and radio waves for diagnosing anatomical changes in the human body.

Preparing for the examination:

The institute performs examinations on all body organs.

The examination requires two hours fasting.

Since the examination uses magnets, metal objects and magnetic cards are not permitted in the examination room and must therefore be removed before entering the room.

If you have a metal implant, please report so at the reception.

For abdominal and pelvic examinations it is sometimes necessary to drink a contrast agent for approximately two hours prior to performing the examination.

What to expect in the examination room:

Every examination is performed while lying down; therefore you will encounter a bed.

During the examination you will be alone in the room; however your examination is being managed by a radiology doctor and will be performed by a technician. The technician will be monitoring you via the control booth window.

Examination duration:

Your stay in the examination room will last between 30 minutes to an hour, depending on the type of examination.

Therefore it is recommended that you go to the toilet prior to entering the examination room.

During the examination you must lie still and follow the technician's instructions.

Depending on the type of examination, you may be injected with a contrast agent containing gadolinium.

Examination results:

You will receive a CD after the examination has been completed and the interpretation results will be delivered a few days later according to the delivery method you specified (internet, registered mail, messenger, fax etc.). Please take the results to the referring doctor who will explain their meaning to you.

Duration of stay at the performing institute:

Waiting time for the examination depends on whether you need to drink a contrast agent. If it is necessary to do so, the waiting time is up to two and a half hours; if not, the waiting time can be up to one and a half hours. Waiting time for the CD is up to one hour.

Therefore you should take into account up to four hours waiting time at the performing institute.

Pointers:

Please bring with you all previous imaging examination results in order to complement the interpreting radiologist's information.

The imaging institute team is doing its best to serve you, please be patient.

אסף 467 ב' - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: אסף 467 ב' (אנגלית)

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



טופס קבלת תוצאות בדיקת דימות

נבדקת/ יקר/ת

הגעת לביצוע בדיקת MRI

אני החתום/ה מטה מבקש/ת לקבל לידי את תוצאות באמצעות:
(אנא סמן/י בעיגול ומלא/י את הפרטים בהתאם)

1. דואר ישראל

לכתובת: _____

(עיר, רחוב, מס, מיקוד/ת.ד.)

2. דואר רשום

3. הגעה עצמית

4. פקס אשר נמצא בראשות המטופל בלבד! מספרו _____

ידוע לי, כי משלוח התשובה לרופא המפנה מותנה במילוי פרטיו המלאים, באופן מדויק.

שם: _____ כתובת: _____

טלפון: _____ פקס: _____

הנני משחרר/ת בזאת את מכון הדימות "אסף הרופא" או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מאחריות בכל מקרה של אבדן, נזק לבדיקות או פגיעה בסודיות רפואית ולא תהיינה לי י אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ "ל, לרבות טענה מכוח חוק הגנת הפרטיות ו /או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית /או כל דין אחר.

הנבחר לי שעליי לגשת בהקדם לרופא המטפל עם תשובת הפענוח, לצורך דיון וקבלת הסבר לגבי תוצאות הבדיקה והמשך מעקב /או טיפול.

אם לא תילקח תשובה בתוך 3 שבועות, ישלחו תשובת הפענוח והתקליטוד בדואר.

במידה שיש צורך בהמשך טיפול מידי ואיני זמין/ ה ניתן ליצור קשר באמצעות:

שם: _____ טלפון: _____

פרטי המטופל/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת.ז. _____ כתובת _____

פרטי חותם שאינו מטופל (אפוסטרופוס חוקי או חורה של קטין או חוסר):

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____



דף הסבר לנבדקת MRI שד:

MRI הינה בדיקה אבחנתית המשתמשת במגנט רב עצמה ובגלי רדיו לזיהוי ממצאים. אין קרינת רנטגן בבדיקה זו.

במהלך הבדיקה יהיה עלייך לשכב על הבטן ללא תנועה כשהידיים מעל הראש, במשך כ-40 דקות. במידה שאת סובלת מפחד ממקומות סגורים (קלאוסטרופוביה) עלייך לאמר זאת לרופא המטפל וכן בעת קביעת התור, בכדי שניתן יהיה להקל עלייך. בנשים בגיל הפוריות, תוצאות הבדיקה הן האמינות ביותר כאשר היא מתבצעת בין היום השביעי ל-14 למחזור. אם הבדיקה אינה דחופה, מומלץ לתאם את התור לתקופה זו במחזור.

אם יתכן שאת בהריון, וכן אם את מיניקה או שסיימת להיניק לפני זמן קצר – יש ליידע את הרופא המטפל ואת מכון ה-MRI בעת קביעת התור.

מאחר שמכשיר ה-MRI הינו מגנט רב עוצמה, לא ניתן לבצע את הבדיקה אם יש לך עצמים מתכתיים בתוך הגוף. כמו כן, יהיה עלייך להסיר פריטי לבוש המכילים מתכת ואין להכניס לחדר הבדיקה כרטיס מגנטי או שעון. תקבלי תא נעול לשמירת חפציך. יש צורך בצום של שעותיים, ויש לקחת את כל התרופות שאת נוטלת כרגיל. לפני הבדיקה תוכנס לך קנולה לוריד, בכדי שניתן יהיה להזריק חומר ניגוד הנקרא גדוליניום. בסוף הבדיקה, תוצא הקנולה. יש להצטייד בתוצאה עדכנית של בדיקת קריאטינין או GFR (יש לבקש הפנייה מרופא המשפחה).

הבדיקה מתבצעת בשכיבה על הבטן, כשהשדיים ממוקמים בתוך חורים במיטה ומקובעים על ידי לחץ קל (קל יותר מאשר בבדיקת הממוגרפיה). במידה שתרצי בכך, תקבלי אטמי אזניים או אזניות לשמיעת מוזיקה, מאחר שבעת הבדיקה נשמעים רעשים חזקים. תוכלי לדבר עם הטכנאית בעת הבדיקה. אם יש משהו שמפריע לך, אמרי זאת מבלי לזוז. התוזה מורידה את איכות הבדיקה.

תשובת הבדיקה תישלח לרופא המפנה תוך עשרה ימים.

נא להביא לבדיקה את כל בדיקות השד שברשותך (כולל בדיקת MRI שבוצעה במכון אחר) ולהשאירן במכון. הבדיקות יוחזרו לך לאחר הפענות.

בכל שאלה אל תהססי לפנות אלינו להבהרה – טלפון מס' - 08-9779840

בברכת בריאות שלמה

State of Israel
Ministry of Health
"Assaf Harofeh" Medical Center
Affiliated to Tel-Aviv University
Zerifin, 70300
TEL: 08-9542111
FAX: 08-9542113



מדינת ישראל
משרד הבריאות
מרכז רפואי "אסף הרופא"
מסוף לאוניברסיטת תל אביב
70300 צרפיין,
טל: 08-9542111
פקס: 08-9542113

מידע לחולה – דליפת של חומר ניגוד לרקמות התת עוריות

לצורך בדיקת הדימות שעברת היום הוזרק לך חומר ניגוד תוך ורידי. חלק מחומר הניגוד דלף לרקמות התת עוריות שלך. מסיבה זו יתכן ותסבולי/י מכאב, תחושת צריבה, אודם או נפיחות מקומית.

בדרך כלל דליפת חומר ניגוד לרקמות חולפת במהירות ללא נזק.

תרופא המזריק בדק את האזור היום וממליץ לפעול בהתאם לתוצאות הבאות

- יש לשמור את הגפה מורמת. נסו/י לשמור אותה מעל לגובה הלב. פעולה זו עוזרת להקלת הבצקת.
- אנא שים/י קרח על האזור במשך 4 השעות הבאות.
- לאחר 4 שעות מומלץ לשים מטלית או מגבת חמה על האזור במידה ונגרמת עקב כך תחושת הקלה.
- במידה ואינך סובל/ת מאלרגיה לתרופות הבאות ניתן לקחת אקמול (אצטמינופן), איבופן (איבופרופן) או אופטלגין (דיפירון) כל 6 שעות לחקלה בכאב לפי הצורך.
- במידה ואין הטבה במצב או במידה והנפיחות אינה מוקלת או אף מתמירה בתוך 24 שעות יש לפנות לרופא.
- במידה ומופיעות שלפוחיות באזור יש לפנות לרופא מיד.

במידה ועדיין יש לך שאלות או שמשהו לא ברור לך התקשר/י ובקש/י לדבר עם רופא ה-CT בכל שעה.

בטלפון: 08-9779840.

בברכת תחלמה מהירה

אסף 470

טופס מספר: אסף 470

גודל: 29.7*21 | בלוקים: 100*1 | חורי תיוק



שאלון לנבדקת MRI שד

1. גיל: _____ 2. מספר ילדים: _____ 3. מועד וסת אחרון/ או גיל הפסקת מחזור _____

4. האם את מניקה כעת _____ כן לא

5. האם עברת טיפולי פוריות (IVF): _____ כן לא

6. האם את מקבלת טיפול הומונלי חילופי (HRT) 1) _____ כן לא בעבר כן
 אם כן או בעבר למשך כמה שנים: _____

7. האם יש סיפור משפחתי של סרטן שד: _____ כן לא
 אם כן לציין מי: אם אחות סבתא דודה בת דודה אבא _____ גיל: _____

8. האם יש סיפור משפחתי של סרטן שחלות: _____ כן לא
 אם כן לציין מי: אם אחות סבתא דודה בת דודת _____ גיל: _____

9. האם את נשאת גן BRCA לסרטן השד _____ כן לא
 אם כן האם עברת כריתת שחלות _____ לא לא ידוע

10. האם חלית בסרטן השד: _____ כן לא
 אם כן באיזה שד: ימין שמאל _____ באיזו שנה: _____
 איזה ניתוחים עברת בשד _____ ימין: למפקטומיה מסט קטומיה
 שמאל: למפקטומיה מסט קטומיה

האם עברת הקרנות בשד: _____ כן לא
 האם את מקבלת כימותרפיה כעת: _____ כן לא

11. האם עברת ביופסיה ניתוחית בשד _____ כן לא
 אם כן באיזה שד: _____ ימין שמאל

12. האם עברת ניתוח פלסטי בשד: _____ כן לא
 אם כן איזה: הגדלה הקטנה הרמה שחזור: סיליקון/ דופן הבטן תאריך ביופסיה או ניתוח _____

13. האם את סבלת/סובלת ממוחלת סרטן אחרת לא בשד: _____ כן לא אם כן איזו: _____

14. תאריך ממוגרפיה אחרונה: _____ מצורף לא מצורף

15. תאריך סונר שד אם יש: _____ מצורף לא מצורף

16. תאריך MRI שד אחרון אם יש מצורף _____ לא מצורף

תאריך: _____ חתימת הנבדקת: _____



Questionnaire for Breast MRI Examinee

- 1) Age: _____
- 2) Number of children: _____
- 3) **Last menstrual period** – date and/or menopause age: _____
- 4) Are you currently breast feeding? Yes No
- 5) Have you had fertility treatments (IVF)? Yes No
- 6) Are you receiving hormone replacement therapy (HRT)? Yes No Yes in the past
If yes or in the past, for how many years? _____

- 7) Is there a family history of breast cancer: Yes No
If yes then indicate whom: Mother Sister Father Brother
Grandmother Aunt Cousin

Age: _____

- 8) Is there a family history of ovary cancer: Yes No
If yes then indicate whom: Mother Sister Grandmother Aunt Cousin
Age: _____

- 9) Are you a carrier of the BRCA breast cancer gene? Yes No Don't know
If yes, have you had ovary removal surgery? Yes No

- 10) Have you had breast cancer? Yes No
If yes then which breast? Right Left

Which year: _____

What surgery did you have: Right: Lymphectomy Mastectomy
Left: Lymphectomy Mastectomy

Are you currently undergoing chemotherapy? Yes No

- 11) Have you had a breast **surgical biopsy**? Yes No
If yes, which breast: Right Left Both

- 12) Have you had a breast **plastic surgery**? Yes No
If yes, then which? Enlargement Reduction Lifting
Reconstruction: Silicone / Abdominal wall

Year? _____

- 13) Are/have you suffering from any **other type of non-breast cancer**? Yes No
If yes then which type? _____

- 14) Last **mammography** date: _____ Attached Not attached

- 15) Last **breast sonar** (if available) date: _____ Attached Not attached

- 16) Last **breast MRI** (if available) date: _____ Attached Not attached

Date: _____

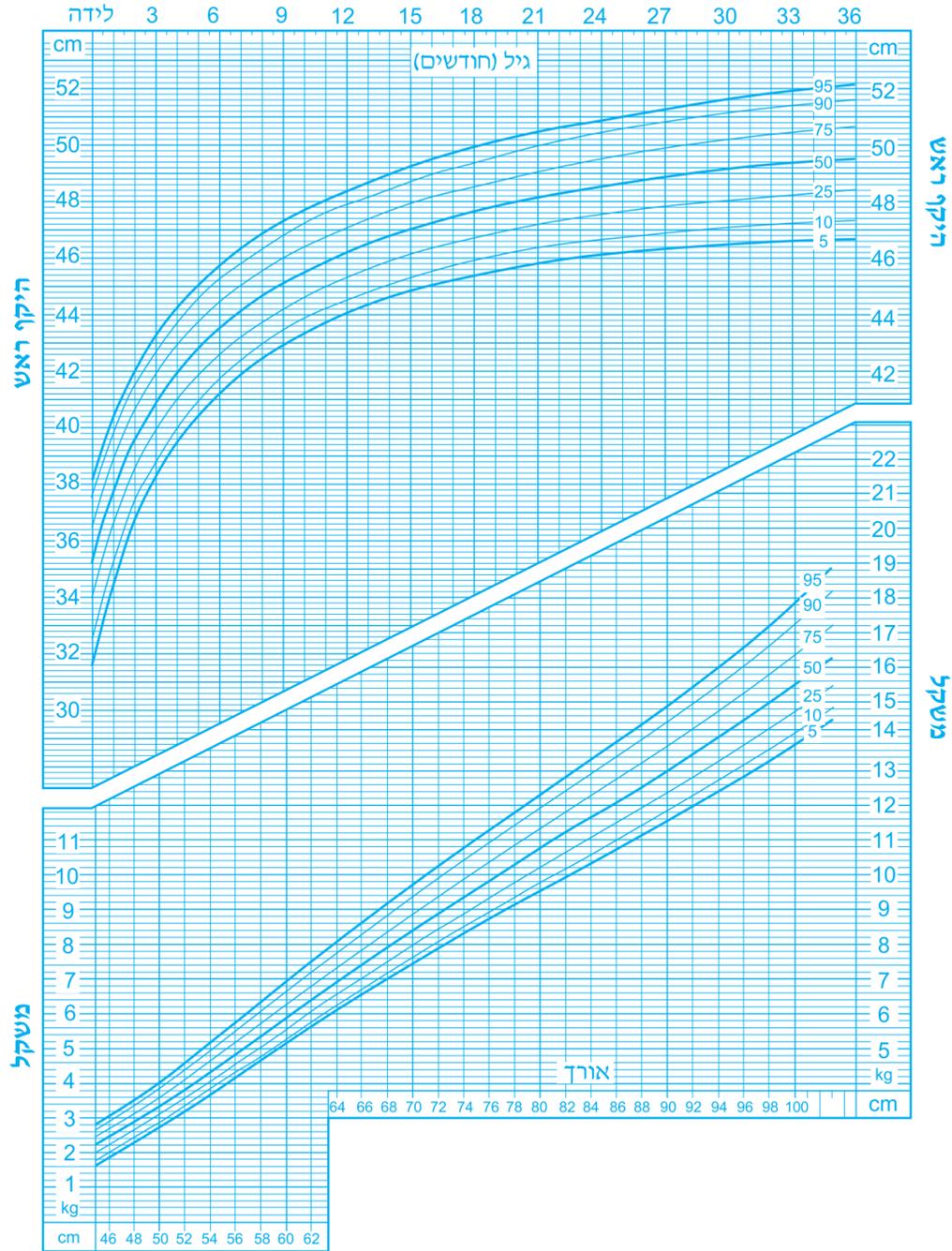
Signature: _____

טפסי

מדף

בנים לידה עד 36 חודשים - עקומות היקף ראש / משקל לפי אורך

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה		
		שנה	חודש	יום

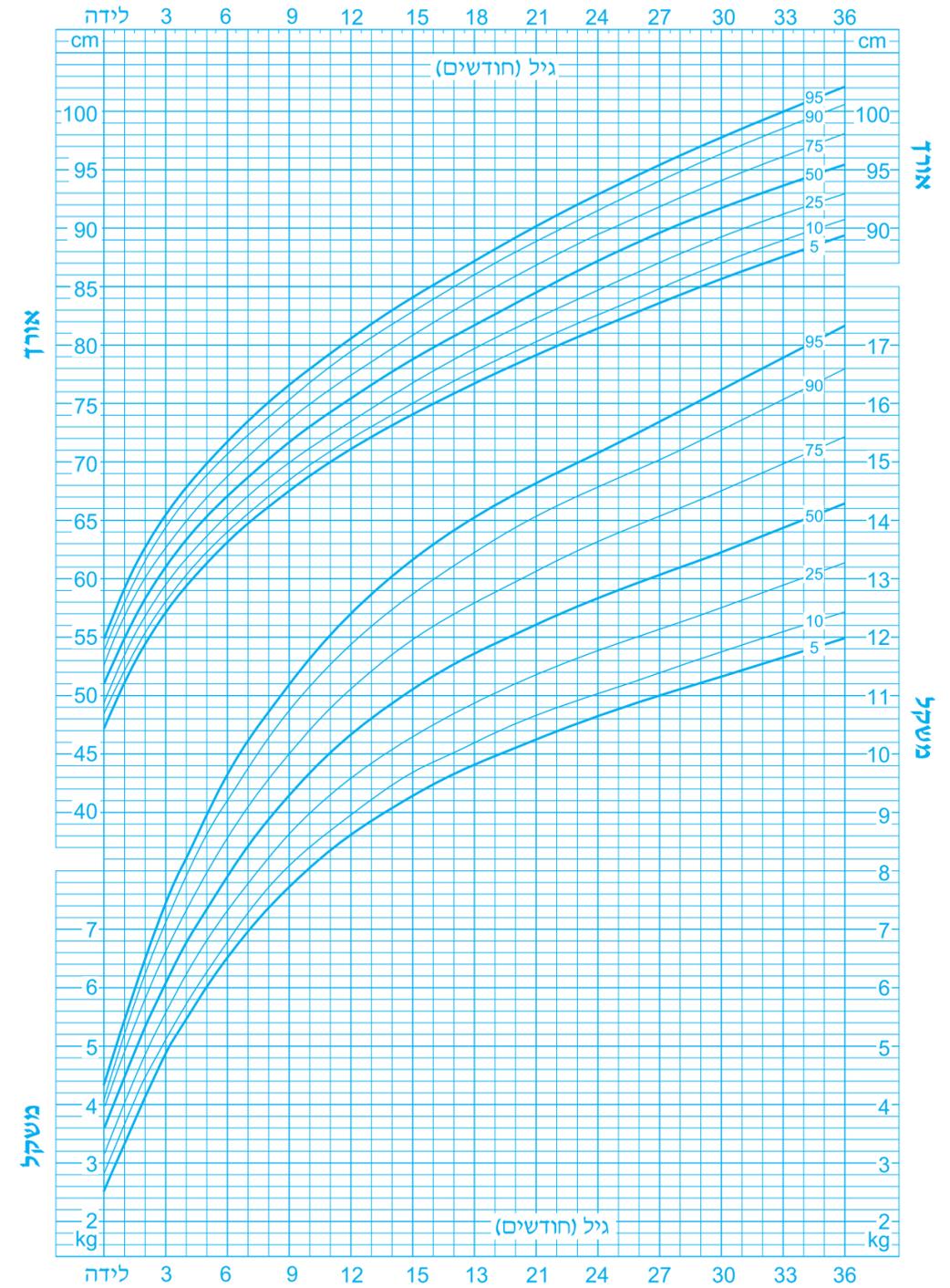


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)



בנים לידה עד 36 חודשים - עקומות אורך לפי גיל / משקל הורים: מ/ד

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			גובה הורים: מ/ד	משקל הורים: מ/ד
		שנה	חודש	יום		



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

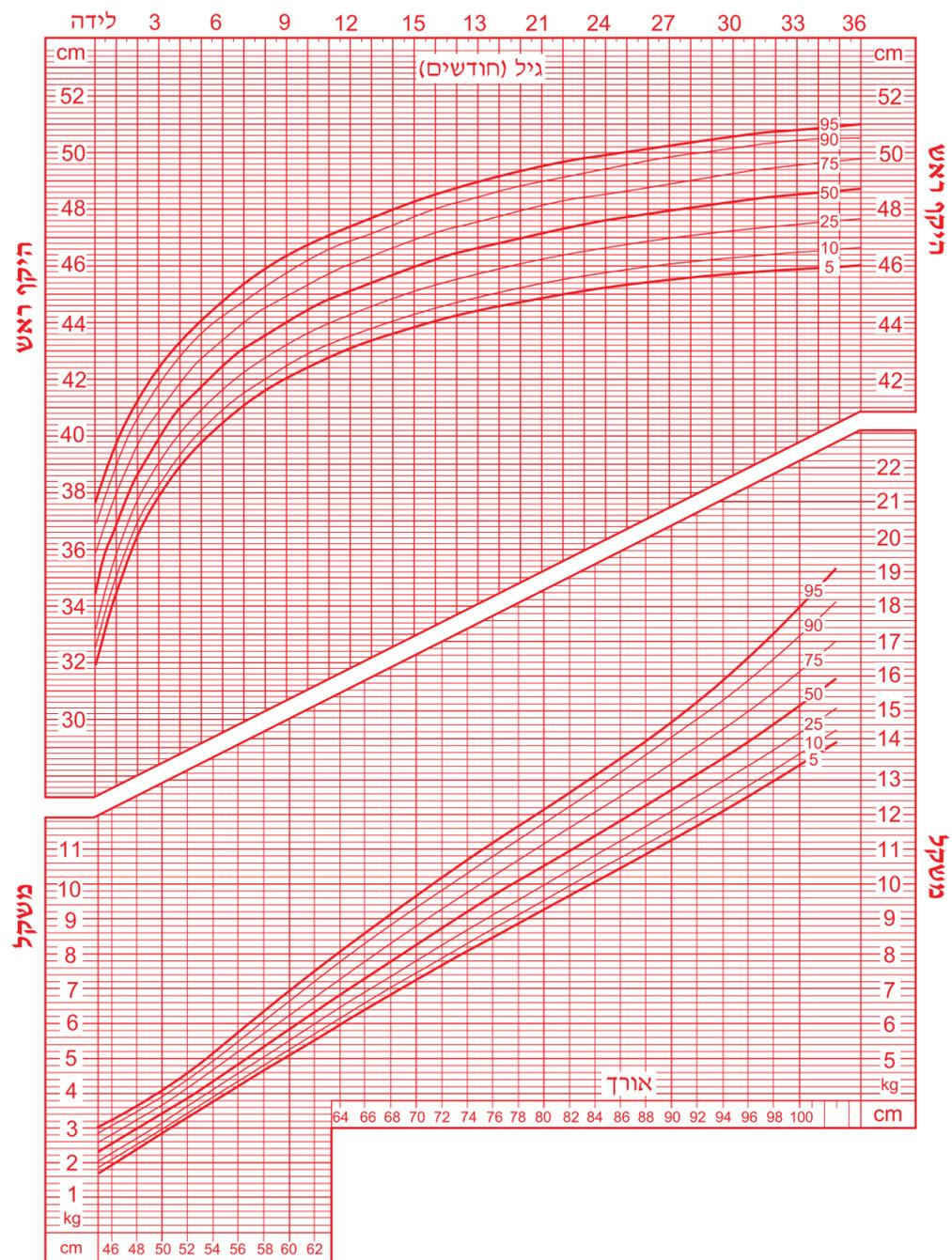


עקומת גדילה 0-36 חודשים בנים

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 2*50 | מודפס בכחול | חורי תיוק | פס דבק

בנות לידה עד 36 חודשים - עקומות היקף ראש / משקל לפי אורך

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה		
		שנה	חודש	יום

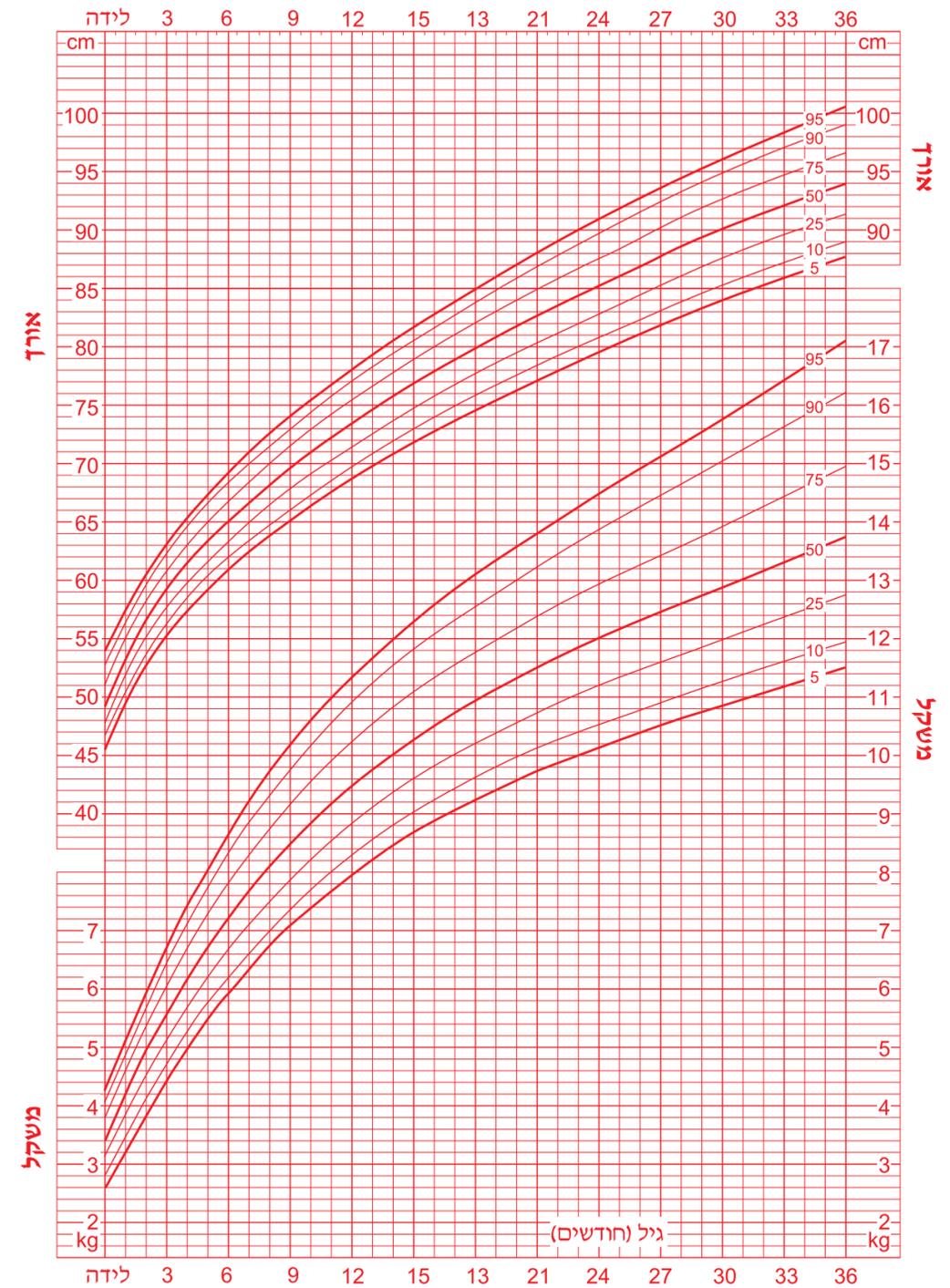


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)



בנות לידה עד 36 חודשים - עקומות אורך לפי גיל / משקל לפי גיל

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה		
		שנה	חודש	יום



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

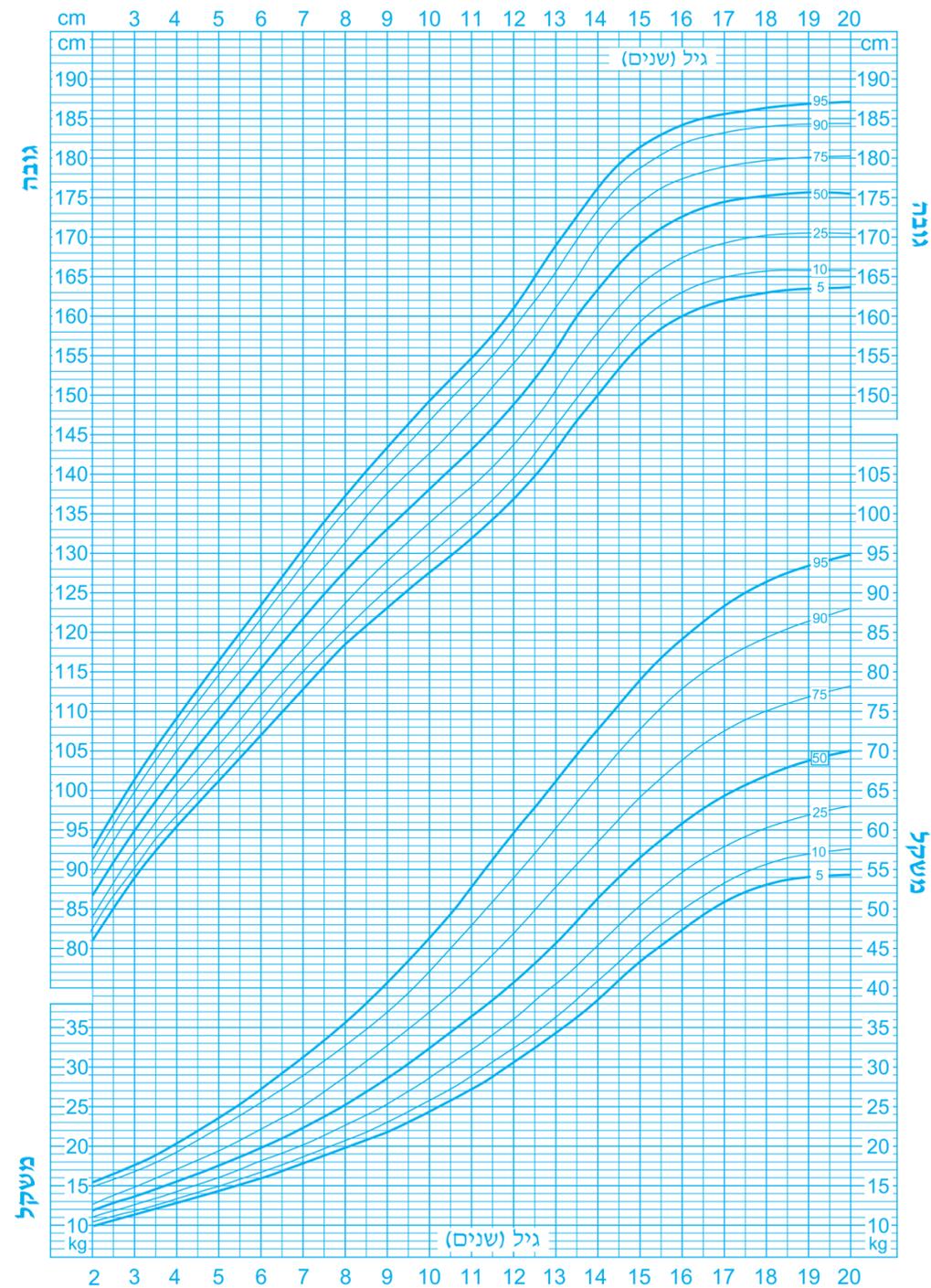


עקומת גדילה 0-36 חודשים בנות

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 2*50 | מודפס באדום | חורי תיוק | פס דבק

בנים 2-20 שנים - עקומות גובה לפי גיל / משקל לפי גיל

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה			גובה הורים: מ/ד		משקל הורים: מ/ד	
				שנה	חודש	יום	אב:	אם:	אב:	אם:

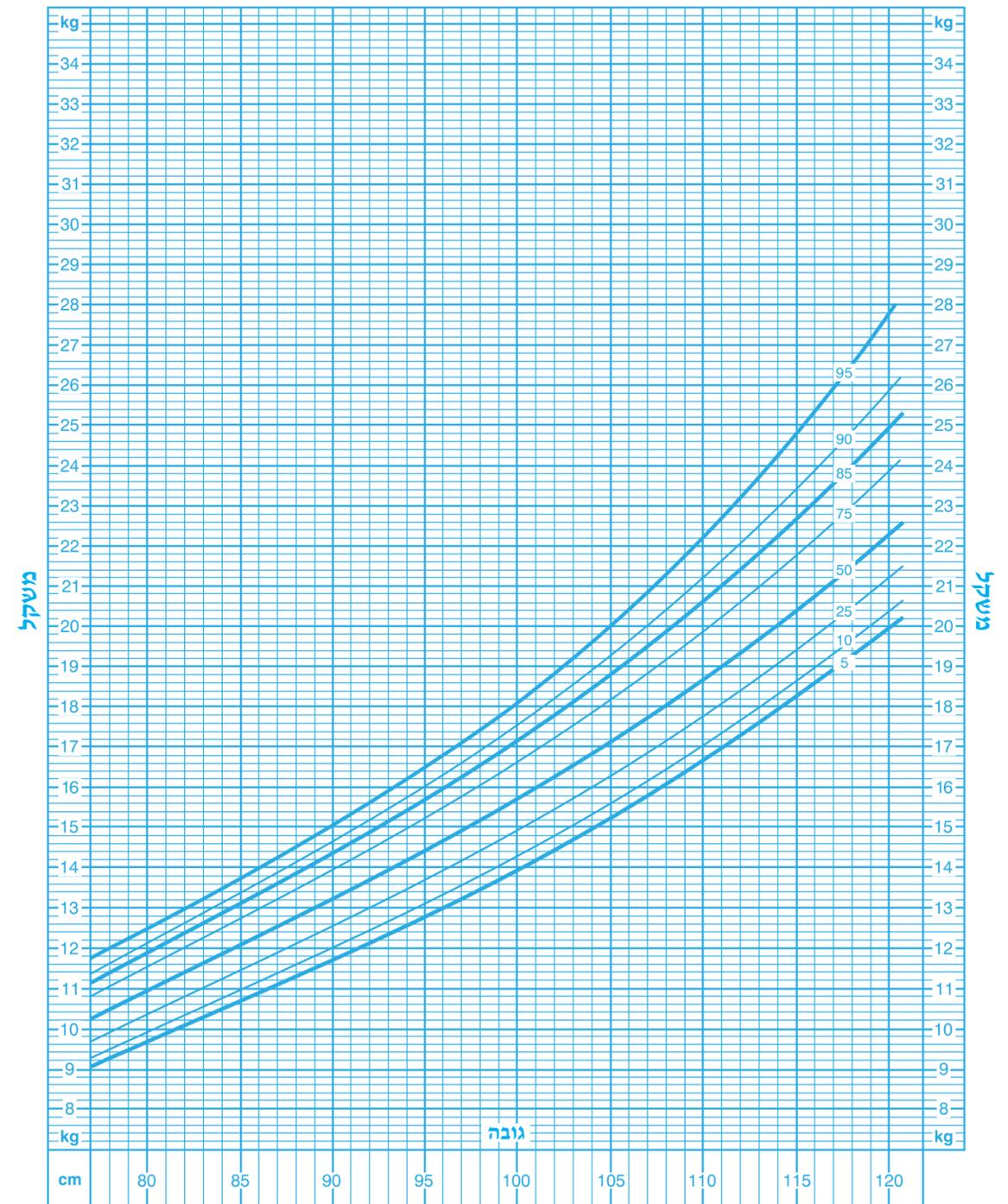


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

מדינת ישראל - משרד הבריאות
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

בנים - עקומת משקל לפי גובה

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			בנים
		שנה	חודש	יום	
					מס' גליון המשפחה



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

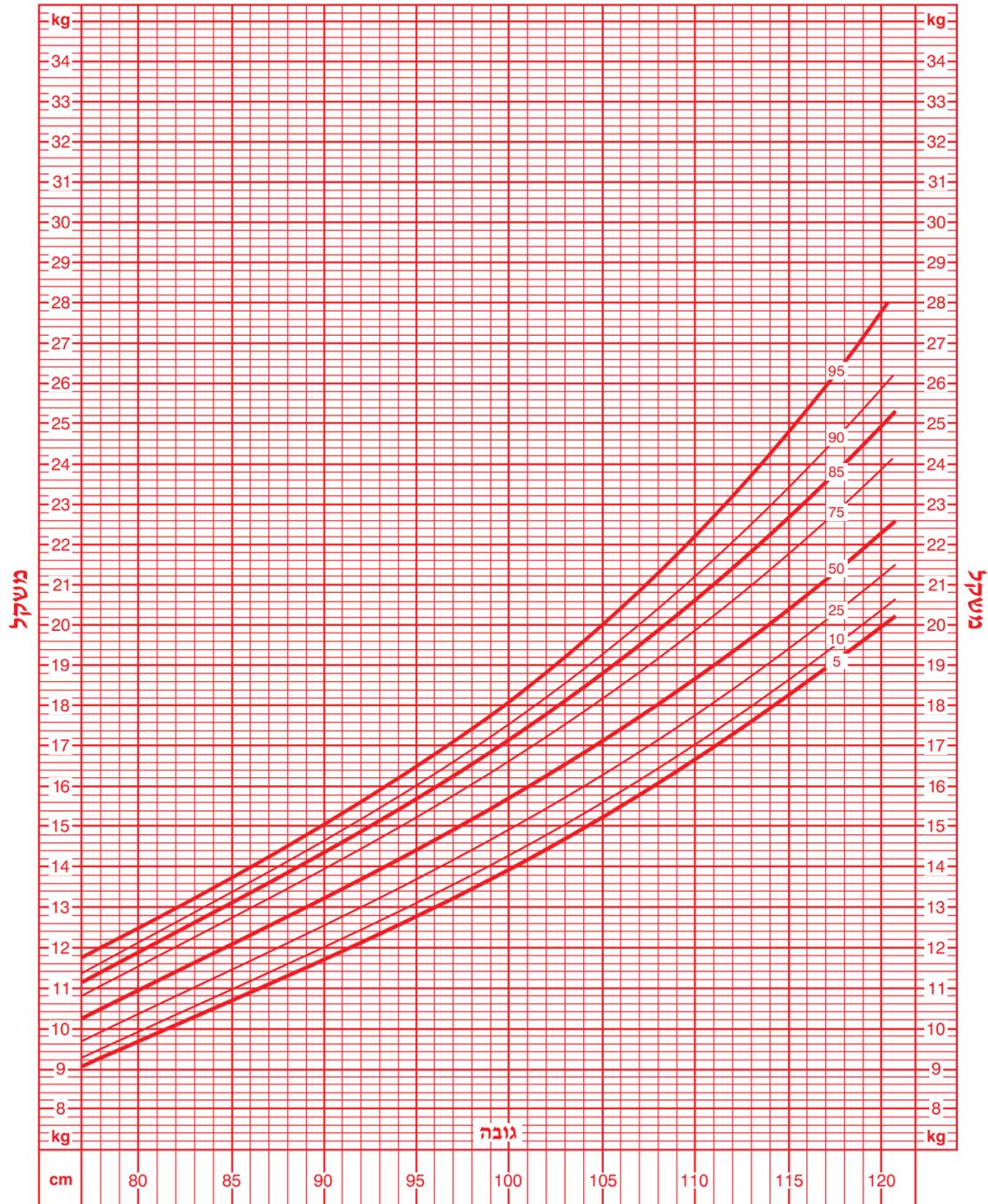
מדינת ישראל - משרד הבריאות
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

עקומת גדילה 2-20 שנים בנים

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 2*50 | מודפס באדום | חורי תיוק | פס דבק

בנות - עקומת משקל לפי גובה

שם משפחה	שם פרטי			תאריך לידה			בנים
	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	

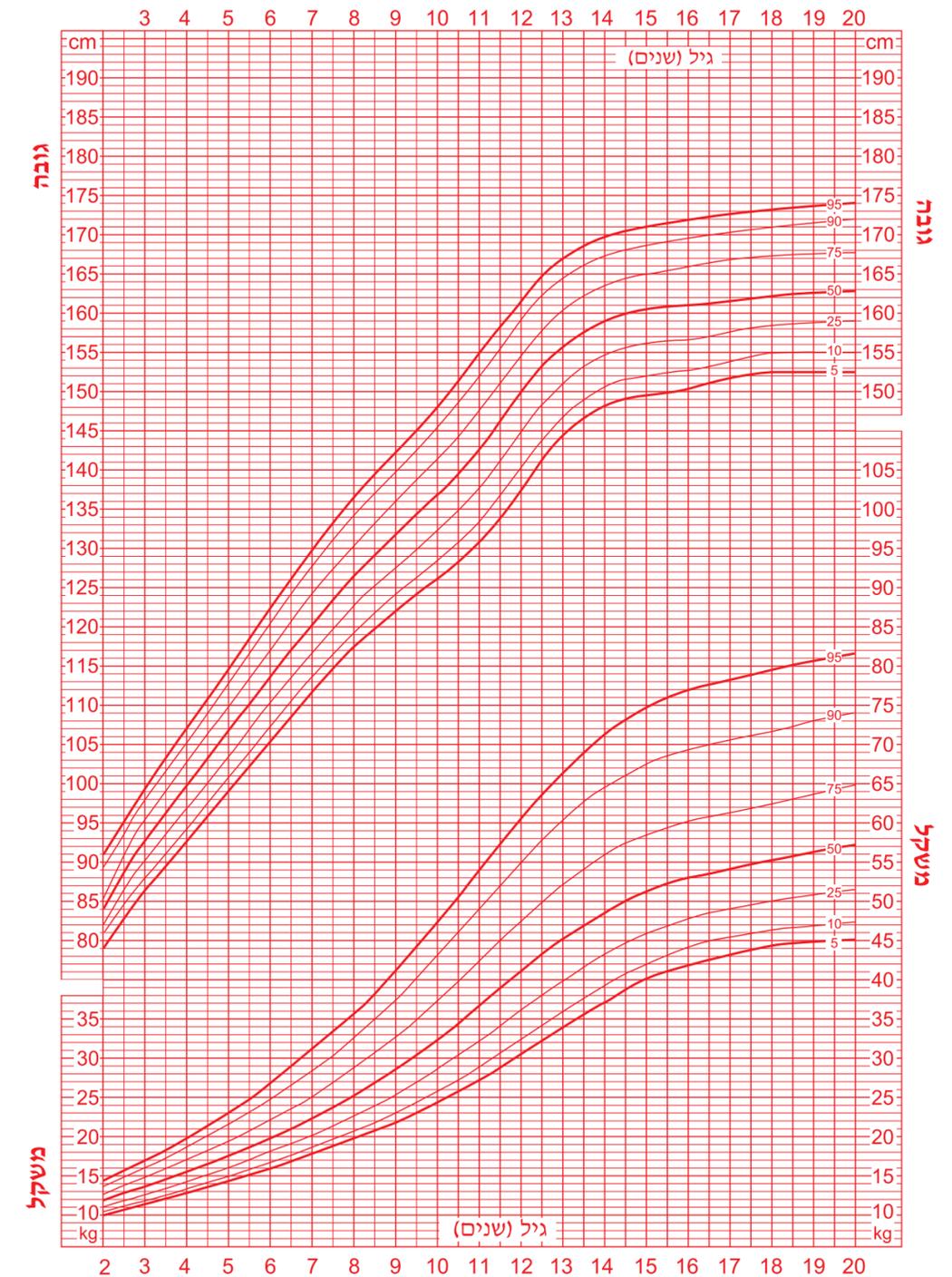


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

מדינת ישראל - משרד הבריאות
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

בנות 2-20 שנים - עקומות גובה לפי גיל/משקל לפי גיל

שם משפחה	שם פרטי			תאריך לידה			משקל הורים: מ/ד
	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)

מדינת ישראל - משרד הבריאות
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

עקומת גדילה 2-20 שנים בנות

גודל: 21*29.7 | דו-צדדי | בלוקים: 2*50 | מודפס בכחול | חורי תיוק | פס דבק

מדינת ישראל

ימולא במקור ובהעתק אחד
המקור יצורף לחשבון האש"ל.

משרד _____

אישור יציאה בתפקיד

שם העובד			
היחידה			
באמצעות		יסע בתפקיד אל	
בשעה	יחזור ביום	בשעה	ביום
מטרת הנסיעה			

חתימת הממונה

חתימת העובד

היציאה נרשמה

חתימת העובד

חתימה

לשימוש האחראי לרישום

מדף 2420 - דפוס האוגדים 2021

טופס מספר: 2420

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 1*100

מדינת ישראל

היחידה _____

ימולא לשם יציאה לחופשת מנוחה (שנתית) / ימי בחירה / ובהיעדרות
עקב מחלה (עד 2 ימים) / חופשת אבל, ויועבר לממונה הישיר.
כשמבוקשת קצובת הבראה ע"י עובד ארעי - ימולא ב-2 עותקים

בקשה לחופשה/הודעה על היעדרות

שם העובד	סב	מס' הזהות
המען לצורך התקשרות	מס' טלפון בעת היעדרי	

<input type="checkbox"/> הנני מבקש לאשר לי חופשה	סוג החופשה	מיום _____ עד יום _____ ועד בכלל
<input type="checkbox"/> הנני מודיע על היעדרות מן העבודה	הסיבה	סי'ה _____ ימים

התאריך _____ חתימת העובד _____

<input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר. נימוקים: התאריך _____ חתימה _____	המלצות הממונה הישיר
<input type="checkbox"/> החופשה/היעדרות נרשמה בכרטיסת ההיעדרות על חשבון _____ התאריך _____ חתימה _____	לשימוש משרדי

מדף 2450

טופס מספר: 2450

גודל: 14.8*10.5 | בלוקים: 1*100

הזמנה לקניית טובין מס'

לכבוד _____ מאת _____
(שם איש הקשר ושם הספק)

כתובת _____ משרד _____
מספר עוסק מורשה _____ טלפון _____
מספר חברה _____ פקס _____

אנו מזמינים בזה את הטובין הבאים:

מס'	מס' קטלוגי	שם המוצר	יח' מידה	כמות	המחיר	הסכום

הערות: _____ סה"כ _____
_____ הנחה _____
_____ מע"מ % _____
_____ סה"כ _____

מצ"ב "תנאים כלכליים" (טופס מדף 3040) המהווים חלק בלתי נפרד של הזמנה זו. במקרה של סתירה בין תנאי ההזמנה והתנאים בטופס מדף 3040 ההתקשרות תפורש בהתאם לתנאי הזמנה זו. נא לסמן X במשבצת רק אם צורך טופס מדף 3040.

הכתובת למשלוח / מסירת הטובין _____ מועד אספקה _____

שם המזמין _____ שם מורשה החתימה _____
חותמת היחידה _____ וחותמת המורשה _____
תאריך _____

..... לשימוש יחידת החשב
.....

הזמנה זו הוגשה לאישור תקציבי לאחר הליך ההתקשרות הבא

מכרז פומבי מס' _____ משנת _____ קבלת הצעות מחיר מתאריך _____
 מכרז סגור מס' _____ משנת _____ מכרז מרכזי של החשג"ל מס' _____
 פטור ממכרז מתאריך _____

מס' תקנה תקציבית _____ תאריך _____ שם החשב _____ חתימת החשב _____

מדינת ישראל

המשרד / היחידה

הוראת תשלום מקופה קטנה

שלמו נא ל

בעד

שקל
חדש

סך

()

לפי קבלה/חשבון המצ"ב.

מנהל היחידה

התאריך

המקבל

התאריך

/	/

סעיף התקציב
שם הסעיף התקציבי

ד.ט.י-ם

מדף 4540

טופס מספר: 4540

גודל: 14.8*10.5 | בלוקים: 1*100

גיליון הערכה ומשוב לרופאים מתמחים תחומיים/מומחים עד שנתיים לשנת



פרטי הרופא המוערך

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך תחילת עבודה	תואר המשרה	דרגה נוכחית	ותק בתפקיד
סוג הערכת רופא (מתמחה/תחומי/ראשי)	מקצוע התמחות	שנת התמחות	היקף משרה	שם המחלקה	שם המוסד	תאריך ההערכה

פרטי המנהל המעריך

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	פרק הזמן שמשמש כממונה על המוערך
-----------	----------	---------	-------	---------------------------------

פרטי המנהל העקיף

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	פרק הזמן שמשמש כממונה על המוערך	מידת ההיכרות עם המוערך						
					<table border="1"> <tr> <td>במידה רבה</td> <td>במידה בינונית</td> <td>במידה מועטה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

מטרות ההערכה והמשוב

- כלי ניהולי בידי המנהל המסייע לו בפיתוח והכוונה של רופאיו.
- תיאום ציפיות הדדי בין המנהל לרופא המוערך.
- למידת הרופא המוערך על הדרך בה יוכל למצות את הפוטנציאל הקיים בו באופן מיטבי.

הנחיות למנהל המעריך

- חובת המנהל המעריך לקיים שיחת משוב עם כל רופא בניהולו.
- הערכה מתייחסת לפרק הזמן של השנה האחרונה.
- הערכה תמולא רק במידה והמנהל המעריך ממונה על הרופא מעל חצי שנה.
- תהליך ההערכה, מתן המשוב והתייחסות המנהל העקיף יתבצעו תוך חודש וחצי מקבלת גיליון זה.
- לתשומת לבך, חתימת המנהל העקיף מוגדרת כרשות ותיקבע בהתאם למדיניות מנהל בית החולים. חריג לעניין זה הערכה לרופא בשנת סיום תקופת הניסיון שבמסגרת תקופת ההתמחות (לקראת תום שנתו השניה).

תוצאות ההערכה תיחשפנה לרופא המוערך ולדרג הניהולי הממונה. השימוש ייעשה ברמה האישית לצרכי משוב וברמה הארגונית לצרכי פיתוח הון אנושי תחת נורמות הצגה קבועות ומקובלות. יש להקפיד לשמור על חסיון גיליון ההערכה ולא לחשוף את הכתובים והמידע מתוכו, אלא לגורמים מורשים בלבד.

המלצות לעריכת שיחת משוב

הכנה ותכנון השיחה

- קבע מסר ממוקד אחד - שתיים שלוש נקודות חשובות (לשימור ולשיפור).
- הכן דוגמאות להתנהגויות רלוונטיות.
- הודע מראש על מועד השיחה וקיים אותה במועד שנקבע.

פתיחה

- תנאים פיזיים נאותים - הקפד על פרטיות, שקט והעדר הפרעות.
- השרה אווירה נינוחה - שיחה חופשית מקדימה ליצירת אווירה המאפשרת דו שיח.
- הצג את מטרת השיחה - משוב על התפקוד ויצירת דו שיח כבסיס ללמידה. הדגש כי הלמידה היא המטרה לשמה נועד התהליך.

מהלך השיחה

- תאר התנהגויות חיוביות - פתיחה בהדגשת תפקוד והתנהגויות חיוביות יוצרת ביטחון אצל הרופא המוערך ומאפשרת לו ללמוד גם תחומים הטעונים שיפור בתיפקודו. הדגש את חשיבות השימור של נקודות החוזק.
- תאר התנהגויות טעונות שיפור - הצג נושא או שניים עיקריים. התמקד בתחומים הניתנים לשינוי, היעזר בדוגמאות הממחישות את דבריך והמנע משיפוטיים. גלה אמפטיה והבנה לקשיי הרופא המוערך. זוהי הזדמנות לעסוק בנושאים שיש לטפל בהם. תרגם את הצורך לשפר לרמה המעשית - הבא דוגמאות העוסקות בהתנהגות ולא באישיות הרופא המוערך.
- תאר מול הרופא המוערך את יעדיו לשנת העבודה הקרובה - יעדים משימתיים ויעדי התפתחות אישיים.

סיום

- סכם את השיחה - העבר התייחסות כוללת של נקודות חוזק ונקודות טעונות שיפור וציין את ציפיותיך לעתיד מתיפקודו של הרופא המוערך. קבעו במשותף יעדים מעשיים לשנה הקרובה. על היעדים להיות ישומיים, שניתן לעמוד בהם וחשובים להלרופא המוערך. תן לרופא המוערך מקום להעלות ציפיות לשינוי וצרכים (כולל צרכים בהדרכה ולמידה).
 - בקש מהרופא המוערך לסכם - וודא כי הבין את כוונותיך וכי הוא נכון לשינוי נוכח היעדים שקבעתם לשיפור. צור מחויבות למה שסוכם בשיחה.
 - קבע המשך קשר למעקב - הגדר את אופן המעקב אחרי היעדים שהגדרתם לשיפור, תוך העברת מסר של אמון ביכולתו להשתפר.
- אפשר לרופא המוערך לשאול ולהביע את עצמו.
הקפד לשמור לאורך כל השיחה על אווירה נעימה.

א | הערכת תפקוד

היך מתבקש להעריך את רמת התפקוד של הרופא המוערך, סמן x במקום המתאים בכל אחד מהמידים הבאים :

לא רלוונטי	לא עומד בדרישות התפקיד 1	עומד בדרישות התפקיד 2	מתחת לדרישות התפקיד 3	עומד בדרישות התפקיד 4	מעבר לדרישות התפקיד 5
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

ידע ותפקוד מקצועי

מפגין ידע כללי בתחום המומחיות
מבצע את עבודתו באופן שיטתי, מאורגן ומתוכנן
מגלה יצירתיות ונמישות בנישה לבעיות ופתרון
מהווה סמכות מקצועית בתחומו
מקפיד על נהלי זהירות ובטיחות ומיישם הנחיות ונהלי עבודה
מגלה מידה ראויה של עצמאות במילוי תפקידו
מקפיד על תיעוד תוכניות הטיפול
מועיל ביעילות במצבי לחץ ובנסיבות בלתי צפויות
יוזם ומיישם מהלכים לשיפור, לחיסכון וחדשנות

התעדכנות מקצועית

משתתף בפעילות אקדמית של המחלקה ובלמודי המשך
משתתף בכנסים מקצועיים ובהרצאות
מקפיד על התעדכנות מקצועית (קריאת ספרות מקצועית)

מחקר

משתתף בביצוע מחקרים
מפרסם מאמרים מקצועיים בארץ ובחו"ל
יוזם ומוכיל מחקרים/צוותי מחקר

יחס למטופלים ובני משפחותיהם

רגיש וקשוב לצרכי המטופל ובני משפחתו תוך גילוי אדיבות וסבלנות
מנחה את המטופל ובני משפחתו לגבי תוכנית הטיפול

קשרי עבודה ויחסי אנוש

משתף פעולה עם עמיתיו
יוצר אווירת עבודה חיובית וקשרי עבודה טובים
מסייע לאחרים בעת הצורך
מיטיב להתמודד עם דעות ורעיונות שונים

משמעת ואתיקה

מקפיד על לוחות זמנים בביצוע עבודתו
מקפיד על נוכחות בעבודה כנדרש ומתאם היעדרויות מראש
מקפיד על דיווחים ועדכונים מהימנים
מקפיד על ההוראות המחייבות וכללי אתיקה

תפקוד בארגון

מגלה נכונות לביצוע תפקידים ומטלות מעבר לנדרש
מגלה מוטיבציה להצלחה והתקדמות בתפקיד

מדדים התואמים את התפקיד

לא רלוונטי	לא עומד בדרישות התפקיד 1	עומד בדרישות התפקיד 2	מתחת לדרישות התפקיד 3	עומד בדרישות התפקיד 4	מעבר לדרישות התפקיד 5
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

לא רלוונטי	לא עומד בדרישות התפקיד 1	עומד בדרישות התפקיד 2	מתחת לדרישות התפקיד 3	עומד בדרישות התפקיד 4	מעבר לדרישות התפקיד 5
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

לא רלוונטי	לא עומד בדרישות התפקיד 1	עומד בדרישות התפקיד 2	מתחת לדרישות התפקיד 3	עומד בדרישות התפקיד 4	מעבר לדרישות התפקיד 5
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

לא רלוונטי	לא עומד בדרישות התפקיד 1	עומד בדרישות התפקיד 2	מתחת לדרישות התפקיד 3	עומד בדרישות התפקיד 4	מעבר לדרישות התפקיד 5
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					



גיליון הערכה ומשוב לרופאים מתמחים תחומיים/מומחים עד שנתיים לשנת

ב | הערכת ביצוע - השגת יעדים

מרט את היעדים בהם עסק הרופא המוערך במהלך השנה האחרונה והערך את מידת הצלחתו בכיצועם. היעדים נגזרים מתכנית העבודה היחידתית ומסגרת האחריות התפקידית.

יעדים משימתיים ואישיים*	מקדם להעריך/ לא רלוונטי	הצלחה מועטה	הצלחה	הצלחה רבה
	1	2	3	4
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*נמידה ולא נקבעו יעדים מראש, היך מתבקש להעריך את ביצועי הרופא המוערך בהתאם למצופה מדרישות חפקידו

ג | הערכה מסכמת

הקף בעיגול את ההערכה המתאימה

1 מידת הצלחת הרופא המוערך בתפקידו	הצלחה מועטה	הצלחה	הצלחה רבה
	1	2 3 4	5
2 מגמת השינוי בתפקודו ובביצועיו של הרופא המוערך מאז ההערכה הקודמת	מגמת ירידה משמעותית	מגמת ירידה קלה	מגמת ירידה קלה
	-3 -2 -1	0	1 2 3
3 פוטנציאל הרופא המוערך לקידום לתפקיד בכיר יותר	לא רלוונטי	פוטנציאל מועט	פוטנציאל סביר
	✖	1	2 3 4 5

גיליון ההערכה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים

גיליון ההערכה הינו סודי-אישי ויש לשמור על חסיונו

ד | סיכום תהליך המשוב וקביעת יעדים עתידיים

ציין עד שלוש חוזקות המסייעות לרופא המוערך להצלחה בתפקיד

ציין עד שלושה הישגים משמעותיים של הרופא המוערך (התייחס לשנה האחרונה)

ציין עד שלושה נושאים לשיפור (יעדי התפתחות אישיים)

ציין עד שלושה יעדי ביצוע משימתיים (היעדים יגזרו ככל שניתן מתכנית העבודה היחידתית)

- 1.
- 2.
- 3.

הערכה מילולית / סיכום השיחה

ה | התייחסות המנהל העקיף*

ו | התייחסות הרופא המוערך

שם המנהל המעריך _____ חתימה _____ תאריך _____

שם המנהל העקיף* _____ חתימה _____ תאריך _____

שם הרופא המוערך _____ חתימה _____ תאריך _____

* לתשומת לבך, חתימת המנהל העקיף מוגדרת כרשות ותיקבע בהתאם למדיניות מנהל בית החולים. חריג לעניין זה הערכה לרופא בשנת סיום תקופת הניסיון שבמסגרת תקופת ההתמחות (לקראת תום שנתו השניה).

טפסי

מבר



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)

תאריך _____

בית חולים: _____

מחלקה: _____

אל בית המרקחת

מקור

הזמנה מס' 000000

שם התכשיר כולל צורת מינון וחוזק	הכמות* המוזמנת (במילים)	הכמות* המוזמנת (בספרות)	הכמות* שסופקה (בספרות)	מספר טופס * רשום סמים

* ימולא ע"י הרוקח המנפק

חתימת המקבל וחתימתו

חתימת הרוקח המנפק
וחתימתו

חתימת הרופא המזמין
וחותמתו

תאריך

תאריך

תאריך

מ.ב.ר 18 - מידפס

טופס מספר: **מבר 18**

גודל: 21*14.8 | בלוקים: 2*50 | כריכה רכה | כימי- מקור: לבן, עותק: צהוב + מספור



מנהל המחלקה:

רופא המסכם:

סיכום יישלח ל:

סיכום מחלה

מכתב שחרור

			אבחנות וניתוחים

נא למלא את ההמלצות במקום המיועד נא לא לכתוב מעבר לדף		ממצאים רלוונטיים	הנחיות לסיכום:
			זיהוי החולה ועיסוקו
			סיבת הקבלה
			מחלות במשפחה
			מחלות בעבר
			בדיקה גופנית
			בדיקות עזר
			בדיקות מעבדה
			מהלך המחלה והטיפול (ניתוח)
			דיון וסיכום
			חתימה

המלצות לטיפול: המשך בדף _____

הננו ממליצים על חופש מחלה לתקופה של _____ החולה מוזמן לביקורת ביום _____ במרפאה _____

תאריך _____ חתימה _____



טופס הסכמה לניתוח

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת"ז _____

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע ניתוח _____

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן-הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט _____

(נא ציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין")

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית-החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה **

שם הרופא _____

חתימת החולה _____

שעה _____

תאריך _____

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס _____

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוסטרופוסו של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מסי רשיון _____

שם הרופא וחתימה _____

* מחק את המיותר

** למלא במקרה של חולה פרטי

מ.ב.ר. 29 - דפוס האוגדים 2019



משרד
הבריאות
נחיים בריאים יותר

פנקס חיסונים

بطاقة تطعيمات

IMMUNIZATION RECORD

הופק ע"י:
שירותי בריאות הציבור
אוגוסט 2018

טופס מספר: **מבר 94 פנקס חיסונים עטיפה**

גודל: 20.8*16 | דו-צדדי | עטיפה צבעונית + 20 עמודי פנים ש/ל

--	--	--	--	--	--	--	--

מספר הזרחה:



המרכז
הרפואי
שמיר



מדינת ישראל

משרד הבריאות

בית החולים הממשלתי "אסף הרופא"

מחלקת ילדים

מספר

תאריך הלידה

השם

תאריך									
יום המחלה									
חום	דופק	משקל							
00									
50									
00		42							
50	160	41							
00	140	40							
50	120	39							
00	100	38							
50	80	37							
00	60	36							
00	40	35							
00									
הקאה									
היציאה									
השתן									
בדיקות									
האוכל									
הריפוי									

טופס מספר: **מבר 102**

גודל: 21*29.7 | בלוקים: 100*1



המרכז
הרפואי
שמיר



המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)

מחלקה _____

ס	<input type="text"/>	מספר זהות
ד	<input type="text"/>	
ב	<input type="text"/>	
ק	<input type="text"/>	
ה	<input type="text"/>	

שם משפחה _____
שם פרטי _____
שנת לידה _____
מספר גליון _____

טופס הפניה לבדיקה היסטולוגית וציטולוגית למכון לפתולוגיה

אבחנה קלינית ומהלך (כולל מחלות וניתוחים בעבר, ספור משפחתי, בדיקות מעבדה ורנטגן):

החומר לבדיקה וסוג הניתוח _____

תאריך _____ חתימה וחותמת הרופא השולח _____

תיאור מאקרוסקופי (ימולא במכון לפתולוגיה)

תאריך קבלת החומר _____ חתימת מקבל החומר _____

60-1210-8
מ. בר. 121

המרכז
הרפואי
שמיר



מדינת ישראל
משרד הבריאות
בית החולים הממשלתי

תעודת שהייה בבית החולים

ח' _____
מספר תזונה

שנת כבית"ח מיום _____ עד יום _____ סייג ימים _____

מחלקה _____ מסי הגליון _____

תאבחה _____

הערות _____

תאריך _____

חתימת הרופא

טופס מספר: מבר 121

גודל: 10.7*10.7 | בלוקים: 1*100



אישור לקבלת כספים וחפצי ערך לשמירה

תפקיד חפצי ערך לפי הרשום:

.....	.81
.....	.92
.....	.103
.....	.114
.....	.125
.....	.136
.....	.147

..... חתימה שם האחות מקבלי החפצים:
..... חתימה שם הפקיד/ה שם המקבל בחזרה

החפצים הנ"ל הוחזרו בשלמות

..... שם הפקיד/ה המחזיר תאריך
..... מס' ת.ז. שם המקבל בחזרה

..... חתימה מ.בר. 131 - האוגדים 2019

טופס מספר: **מבר 131**

גודל: 16.5*21 | בלוקים: 3*25 | כימי- מקור: לבן, עותק: ורוד+צהוב | מיספור



המרכז
הרפואי
שמיר



תאריך _____ חדר _____

השם

התרופה והמינון

שעות: _____

הערות: _____

חתימה: _____

מבר. 137 ה' - דפוס האוגדים 2018

טופס מספר: **מבר 137 ה'**
גודל: 6*9 | נייר כחול 180 גרם | חורי תיוק



המרכז
הרפואאי
שמיר



תאריך _____ חדר _____

השם

התרופה והמינון

שעות: _____

הערות: _____

חתימה: _____

מבר. 137 ו' - דפוס האוגדים 2018

טופס מספר: **מבר 137 ו'**
גודל: 6*9 | נייר לבן 180 גרם | חורי תיוק

ספר

מס' טידורי של היולדת	מספר בביה"ח	השם והמשפחה	הנתינות	הגיל	הכתובת	מס' הלידה	האבחנה
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד
.....	היולדת
.....	הבעל
.....	הילד

הלידות

מ. בר. 146 מק"ט 6520414605

הערות	חתימה	הולד	זמן הלידה		הטיפול
			היום	השעה	
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך
.....	הרופא	מין
.....	האחות	משקל
.....	אורך

מדינת ישראל

משרד הבריאות
בית החולים הממשלתי

לשימוש בתי מרקחת של
משרד הבריאות בלבד
בידיעתי ובאחריותי מורשה
בית-המרקחת לספק
את התרופה מכל תוצרת
שאושרה על-ידי המוסד,
אלא אם ציינתי אחרת.

תאריך: _____

שם החולה: _____

מס' הזהות:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

הכתובת: _____

תרופה **Rp.**

חתימת הרופא: _____

מס' הרשיון: _____

דפוס האוגדים

מ. בר. 169

טופס מספר: **מבר 169**
גודל: 8.3*17.4 | בלוקים: 1*100

<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא	
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא	
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא		<p>המאחר לא יתקבל</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">מרפאה</td></tr> <tr><td>מס' התור</td><td></td></tr> <tr><td>בשעה</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">לרופא</td></tr> </table> <p>מ. בר. 188 - האוגדים 2018</p>	מרפאה		מס' התור		בשעה		לרופא	
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												
מרפאה																																												
מס' התור																																												
בשעה																																												
לרופא																																												

טופס מספר: מבר 188

גודל: 13.5*24 | כריכה רכה | 100 דף בפנקס | פרפורציה

מס' עבודה		תאריך	מחלקה	הזמנת עבודה		משרד הבריאות מחלקת אחזקה
טלפון/חדר	שם המזמין	דחיפות	מס' זיהוי	הציוד		
תיאור העבודה הנדרשת						
הנחיות לביצוע						
מועד רצוי לביצוע						
אישור גמר ביצוע		לביצוע ע"י		אושר לביצוע ע"י		

מ.בר. 265

עלות חמרים	חמרים וחלפים שנדרשו	פרטי התקלה והתיקון
	זמן השבתת הציוד	
	זמן עבודה שנדרש	
	תאריך גמר ביצוע	
	שם המבצע	
	חתימת המבצע	

טופס מספר: **מבר 265**

גודל: 10.5*14.2 | דו-צדדי | בלוקים: 100*1



מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
 מעבדה לביוכימיה קלינית
 מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
 אוניברסיטת תל אביב
 דאר באר יעקב 7030000
 טל' 08-9779889/6
 פקס: 08-9779884

הדבק מדבקת זיהוי

שם מלא: _____

ת"ז: _____

מחלקה: _____

הקף בעיגול את סוג הדגימה:

דם / שתן / CSF / אחר: _____

תאריך: _____

אבחנה משוערת: _____

חתימה וחותמת רופא: _____

בדיקות בדם				בדיקות בשתן	
פרופיל מחלקתי	Cholesterol	CRP		לבדיקות איסוף של 24 שעות	
פרופיל קצר	Triglycerides			יש לציין נפח: _____	
פרופיל שומנים	Albumin	Troponin T			
תפקודי כבד	Protein, total				Creatinine U
	ALP	Thyroid			CCT U
Glucose	AST	TSH			Urea U
Urea	ALT	FT4			Electrolytes U
Na	LDH	FT3			Calcium U
K	CK				Phosphor U
Cl	Cholinesterase	Ferritin			Magnesium U
Calcium	Iron	beta-HCG			Uric acid U
Creatinine	Transferrin				Amylase U
Uric acid	GGT				Protein U
Phosphor	Amylase				Osmolality U
Mg	Lipase				
Bilirubin, total	Osmolality				
Bilirubin, direct					

מ.ב.ר. 270'א

תנאי לקיחה מפורטים בחוברת בדיקות מעבדה ובאינטראנט

טופס מספר: **מבר 270 א'**

גודל: 14*25 | הדפסה בכחול | בלוקים: 1*100



הדבק מדבקת זיהוי

שם מלא: _____

ת"ז: _____

מחלקה: _____

הקף בעיגול את סוג הדגימה:

דם / שתן / CSF / אחר: _____

תאריך: _____

אבחנה משוערת: _____

חתימה וחותמת רופא: _____

בדיקות בדם		בדיקות בנוזלי גוף		תרופות	
פרופיל מחלקתי	Cholesterol	CRP	CSF	אחר:	הקף בעיגול: לפני/אחרי מתן
פרופיל קצר	Triglycerides		Glucose	pH	Acetaminophen (Acamol)
פרופיל שומנים	Albumin	Troponin T	Protein	Glucose	Amikacin
תפקודי כבד	Protein, total		Cl	Protein	Carbamazepine
	ALP	Ethanol (סגול)	Lactate	Albumin	Digoxin
Glucose	AST	Ammonia (סגול, בקור)		LDH	Gentamicin
Urea	ALT	Lactic acid (אפור, בקור)	בדיקות בשתן		Phenobarbital
Na	LDH	דם מלא	לבדיקות איסוף של 24 שעות		Phenytoin
K	CK	Blood Gases (בקור)	יש לציין נפח:		Salicylate
Cl	Cholinesterase	COHb			Theophylline
Calcium	Iron	K ⁺ Na ⁺ Cl ⁻	Creatinine U	Magnesium U	Valproic acid
Creatinine	Transferrin	Ca ⁺⁺	CCT U	Uric acid U	Vancomycin
Uric acid	GGT		Urea U	Amylase U	
Phosphor	Amylase	beta-HCG Blood	Electrolytes U	Protein U	
Mg	Lipase	beta-HCG Urine	Calcium U	Osmolality U	Lithium (אדום)
Bilirubin, total	Osmolality		Phosphor U		
Bilirubin, direct		Bilirubin neonatal		שתן לטוקסיקולוגיה	

תנאי לקיחה מפורטים בחוברת בדיקות מעבדה ובאינטרנט
הצבעים בסוגריים, מציינים את צבעי פקק המבחנה

המעבדה למיקרוביולוגיה

טופס בדיקות בקטריוולוגיה

מדבקה / פרטי חולה

שם: _____

גיל: _____

ת"ז: _____

מין: _____

תאריך לקיחה: _____ שעת לקיחה: _____

חתימת רופא: _____

שם אנטיביוטיקה	1	2	
Amikacin			1
Ampicillin			2
Ampicillin Sulbactam			3
Augmentin			4
Cefazolin			5
Cefepime			6
Cefotaxime			7
Cefoxitin			8
Ceftolozane Tazobactam			9
Ceftazidime			10
Ceftazidime Avibactam			11
Ceftriaxone			12
Cefuroxime			13
Chloramphenicol			14
Ciprofloxacin			15
Clindamycin			16
Co- trimoxazole (septrin)			17
Doxycycline			18
Ertapenem			19
Erythromycin			20
ESBL			21
Fucidin			22
Gentamicin			23
Imipenem			24
Levofloxacin			25
Meropenem			26
Minocycline			27
Nitrofurantoin			28
Oxacillin			29
Penicillin G			30
Piperacillin Tazobactam			31
Polymyxin-Colistin			32
Quinolone			33
Rifampin			34
Tetracycline			35
Tigecycline			36
Tobramycin			37
Vancomycin			38
S-רגיש, I-בינוני, R-עמיד			

בדיקה הנדרשת :

תרבית כללית תרבית אנאירובית

תרבית TB משטח ישיר

חומר:

נוזל שידרה דם

שתן : חופשי ; קטטר

כיח BAL נוזל פלאורלי

גרון אף

אוזן ימין / שמאל

מוגלה מ : _____ :

עין ימין / שמאל

דרכי המין

צואה פרזיטים

סקרים :

מקור: רקטלי כיח עור אף

בדיקה: CRE VRE MRSA SA ESBL

סקר : Acinetobacter Pseudomonas

תוצאות משטח ישיר: _____

תוצאות הבדיקה: _____

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)

מעבדה לכימיה קלינית

מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר אוניברסיטת תל אביב
דאר באר יעקב 7033001 | טל. 08-9779889/6, פקס. 08-9779884



המרכז
הרפואי
שמיר



בדיקת שתן לכללית

URINALYSIS
Glu - U
Bili - U
Ket - U
SG - U
Blood - U
pH - U
Prot - U
Uro - U
Nit - U
Leu - U

הדבק מדבקת זיהוי

שם מלא: _____

ת"ז: _____

מחלקה: _____

תאריך הבדיקה: _____

שעת לקיחה: _____

הערות: _____

בדיקה מיקרוסקופית - משקע

CELLS
WBCs'
RBCs'
Squamous
Transitional
Renal
Oval Fat Bodies
Fat droplets

CASTS
Hyaline
Granular
Waxy
Fatty
Renal
RBC
WBC

ORGANISMS
Yeast
Trichomonas
Sperm
Bacteria
Mucus

NORMAL CRYSTALS
Uric acid
Hippuric acid
Calcium oxalate
Triple phosphate
Calcium carbonate
Calcium phosphate
Ammonium biurate
Amorphous urates
Amorphous phosph.

ABNORMAL CRYSTALS
Leucine
Tyrosine
Cystine
Bilirubin
Cholesterol
Sulfonamide
Radiopaque dye

מ.כ.ר. 270 ט' - האוגדים 2019

טופס מספר: **מבר 270 ט'**

גודל: 14*24.7 | הדפסה בירוק | בלוקים: 1*100

		מס' גליון	 המרכז הרבזאי שמיר
השם			
גיל			
אבחנה		תאריך קבלה	
		מ.בר. 277 - האוגדים 2019	

טופס מספר: מבר 277

גודל: 4*14.7 | נייר 180 גרם | לבן | חיתוך זוויתי

	השם	מס' גליון	 המרכז הרבנאי שמיר
	גיל		
	אבחנה	תאריך קבלה	מ.בר. 277 א' - האוגדים 2016

טופס מספר: מבר 277 א'
 גודל: 4*14.7 | נייר 180 גרם | כחול | חיתוך זוויתי

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | מיקוד 7033001
אגף המעבדות – מכון מיקרוביולוגי
טל': 08-9779999 פקס: 08-9779996 פקס: 08-9779996 www.Shamir.org

Shamir Medical Center (Assaf Harofeh)
Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | 7033001 Israel
Tel: +972-8-9779999 Fax: +972-8-9779996 www.Shamir.org



הערות:

לכבוד

א.ג.נ.

תאריך

הנדון: הזמנה למרפאה

הנייל מוזמן/ת למרפאה

ביום

בשעה

טא להביא: א) מסמכים רפואיים, ב) כסף מוזמן או התחייבות כספית. ג) תעודת זהות.

מס' במרפאה:	מס' בניהיח:		
מס' הצילומים:	מס' EKG:		
		הצנימה	

הזמנה זו כוחה יפה לתאריך הנייל בלבד.

מ.ב.ר 360

טופס מספר: מבר 360

גודל: 21*9.5 | בלוקים 1*100

מדבקת זיהוי

שם מלא: _____
 ת.ז.: _____
 תאריך לידה: _____
 מחלקה: _____
 תאריך: _____

המרכז הרפואי שמיר 
 המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
מעבדה המטולוגית
 טל' ספירות: 9764 טל' קרישה: 9769
 טל' המוליזה: 9767 טל' מולקולרית: 9765
 Flow Cytometer tl. 9765

טופס לביצוע בדיקות במעבדה ההמטולוגית

סוג הדגימה: דם שתן נוזל מותני אחר

אנטיקואגולנט: קומדין הפרין קלקסן אחר

ספירת דם

ספירת דם
משטח ידני
רטיקולוציטים
שקיעת דם
נוזלי גוף
נוזל מותני (LP)

בדיקות סרולוגיות

ANA
Anti Cardiolipin Ab- IgG IgM
Anti B2 Glycoprotein I IgG IgM
C3 C4
Anti ds DNA

צביעות

Hemosiderin <input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/> Urine
Thick Smear/Malaria Kit
NBT (בתאום עם המעבדה)
LAP Score

המוגלובינים ובדיקות המוליזה

Hb electrophoresis
G6PD <input type="checkbox"/> כמותי <input type="checkbox"/> איכותי
Haptoglobin

בדיקות בדחיפות גבוהה

Methemoglobin (בתאום עם המעבדה)

קרישה

PT/APTT
הקף בעיגול Factors II V VII X VIII IX XI XII
D-Dimer
<input type="checkbox"/> Prot.C <input type="checkbox"/> Prot.S <input type="checkbox"/> AT III <input type="checkbox"/> APCR
<input type="checkbox"/> F V Leiden (G1691A)
<input type="checkbox"/> F II (G20210A)
<input type="checkbox"/> MTHFR (C677T)
Lupus Anticoagulant (LAC)
Anti Xa (Clexane only)
Thrombin Time
Ristocetin Cofactor activity (vWF)
בתאום עם המעבדה
Platelet aggregation
Cryoglobulin
Bleeding Time

שונות בתאום עם המעבדה

Cold agglutinins
Osmotic Fragility
Flow Cytometry <input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> תת אוכלוסיות <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immunophenotyping
BCR-ABL <input type="checkbox"/> איכותי <input type="checkbox"/> כמותי
JAK-2 (V617F)
<input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> t(15:17)
<input type="checkbox"/> TCR <input type="checkbox"/> t(14:18)

בדיקות אחרות:

מ. בר 525

טופס מספר: מבר 525

גודל: 17.5*25 | בלוקים 100*1

  **זהות הנפטר**  

מס' גיליון: _____

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

מין: זכר

מס' זהות: _____

תאריך פטירה: _____

המקום בו נפטרה (המחלקה): _____

חתימת האחות השולחת: _____

מב"ר 548 - האוגדים 2019

טופס מספר: מבר 548

גודל: 9.5*13.2 | 180 גרם | לבן | חורי תיוק

 **מרכז הרפואי שמיר**  **זהות הנפטר**

מס' גיליון: _____

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

מין: נקבה

מס' זהות: _____

תאריך פטירה: _____

המקום בו נפטרה (המחלקה): _____

חתימת האחות השולחת: _____

מב"ר 548 ב' - האוגדים 2019

טופס מספר: **מבר 548 ב'**

גודל: 9.5*13.2 | 180 גרם | ורוד | חורי תיוק

תאריך החזמנה _____
 מס' החזמנה _____

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)
תעודת הזמנה / ניפוק וקבלה



מספר השוכר 1-8	סימול היחידה המנסקת 0 1 0 0 9 - 19	תאריך הניפוק שנה חודש יום 20 - 15	שם היחידה המנסקת
סימול היחידה המקבלת 0 0 0 0 40 - 50	סעיף תקציבי 20 - 25	סוג תנועה 8 - 9	מס' דף 73 - 74
			שם המנסק המנסק חתימת המנסק
			שם היחידה המזמינה המקבלת
			שם המקבל המקבל חתימת המקבל

מס' קטלוגי 10 - 19	כמות מנוסקת 20 - 32	כמות נדרשת	יחידה	שם הפריט	מס' השורה 75 - 76
					01
					02
					03
					04
					05
					06
					07
					08
					09
					10
					11
					12
					13
					14
					15

אישור המקבל	לשימוש משדד רישום	סד"כ כמות בתעודה	מספר השורות בתעודה	תנועה 0 1 2
שם _____	נבדק ע"י _____ כיום			סיכום 1 0 0
תאריך _____	אושר ע"י _____ כיום	51	60 61 - 63 65 - 68	78 - 80
חתימה _____				

מ.כ.ר 568

בקשה לאישור הפסקת הריון

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

עומס זה מיועד לועדה להפסקת הריון כדי לקבל את החלטתה. יש לרשום במילוי חפשיים. נא לתשמש בעט בדורי.

מקור זה נלקח לישראל כדי תועדה חתומה, העותקים יועברו בהתאם לחתומות

מספר סידורי <num>

יום	חודש	שנה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון - לחסרות. זהות (מחק את המיותר)	ישוב מגורים	רחוב	מס' בית

יש להקפיד בעגול שביד הספרה במשבצת משמאל לתשובה הנכונה, או לרשום במשבצת מספר, או לרשום במילים על הקו, לפי הצורך.

1. קופת חולים בה את מבוטחת:

- כללית
- מכבי
- מאוריות
- לאומית
- צה"ל
- אחר
- אחר

שנה	חודש	יום

2. תאריך לידה

למטרות סטטיסטיות בלבד

- רחוקה
- שניאה
- חיה במפרד
- גרועה
- אלמנה
- אחר, פרט

5-6. ארץ לידה (בנבחרות הנוכחיים)

ישראל	חו"ל
ארץ הלידה של אבך	שנת עליה
ארץ הלידה של אמך	ארץ לידה

7. האם את

- יהודיה
- נוצרית
- דרוזית
- דרוזית
- אחר

8. מספר שנות לימוד מכתיה או

- לומדת
- עובדת
- עקרת בית
- חיילת
- מובטלת
- אחר, פרט

10. האם יהוהודי סדיד בדרך כלל:

- כן / לא

11. תאריך תחילת הסתגור האחרון

שנה	חודש	יום

12. האם מאז הפחול האחרון השתמשת את אי הגבר באמצעים/שיטות למניעת הריון?

- כן / לא

13. באילו אמצעים/שיטות למניעת הריון השתמשתם?

- גלולה
- התקן תוך רחמי
- דיאפרגמה
- קונדום
- משלל גסון/גיטבועי
- ספוגיות
- אחר

השאלות המסומנות ב* נועדו למטרות סטטיסטיות בלבד. אין חובה תוקפת לענות עליהן.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

מספר סידורי <num>

יום	חודש	שנה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון - לחסרות. זהות (מחק את המיותר)	ישוב מגורים	רחוב	מס' בית

יש להקפיד בעגול שביד הספרה במשבצת מספר, או לרשום במשבצת מספר, או לרשום במילים על הקו, לפי הצורך.

14. מדוע לא השתמשתם באמצעים/שיטות למניעת הריון?

- סיבה דתית/טורחנית
- הריון רצוי
- סיבה רפואית
- הפסקה בשימוש באמצעים/שיטות
- שיכחה/הזנחה
- הוסד ידע
- מסקנות החקיקה
- אחר, פרט

חירויות, לידות, ילדים

15. שבוע הריון לפי הסהוד האחרון

16. האם הריון זה הוא הראשון שלך?

17. כמה הריונות קודמים היו לך?

18. פרטי נא את תוצאות הריונות הקודמים, 1981-במה מדינות/תאריך נולדו ילדים תימים?

18. כמה מדינות/תאריך הסתיימו בלידת מתי

18. בני כמה מדינות/תאריך הסתיימו בהפלות טבעיות (כולל הריון מאוחר כדורסו)

18. נהר כמה הפלות מלאכותיות היו לך?

18. מתי תוצאת הריון האחרון (לפני הנוכחי)

- לידת חי
- לידת מת
- הפלה טבעית, הריון מהוץ לרחם
- הפלה מלאכותית

19. האם היו בעבר הריונות שהסתיימו בלידת תאומים, שלשישה וכו'?

20. כמה מילודיון ריים היום?

21. תאריך לידת הילד (החודש הצעיר ביותר)

יום	חודש	שנה

22. האם עבדת או פעם יומה קיסרי?

- כן / לא

23. אם כן, כמה ניתוחים קיסריים עברתי?

--	--

24. האם הלידה האחרונה הייתה במשך קיסרי?

- כן / לא

פניות קודמות

25. האם פנית בעבר, לפני הריון הנוכחי, לאחת מעודות להפסקת הריון?

- כן / לא

26. כמה פעמים פנית בעבר?

--	--

27. באיזה תאריך הלידה הפניה האחרונה?

28. לאיזה ועדה פנית במשך האחרונה?

פרטים ופואים על הסקה

29. האם פנית בבקשה להפסקת הריון הטיבה לועדה אחרת? אם כן, תאריך הפניה

30. האם היו סיבוכים לארי לידה? אם כן, פרטי

31. האם היו סיבוכים לארי הפלה ספונטנית או מלאכותית? אם כן, פרטי

32. האם היו לך לידות חי נאקרוטות, לידות מת נאקרוטות או לידות וא עם טאם מולד?

אם כן, פרטי

33. מחו גונבתך משקלך? האם עלית במשקל בששת החודשים האחרונים?

הסיבה

34. האם את ששתמשת בגמאס או בתרופות כגונן קבוע? אם כן, פרטי

35. האם עבדת נהנה או יעצו לך לנבדל לידה? אם כן, פרטי

36. האם קיבלת בעבר אי מקבלת היום סיפור בחקרנות רנטגן, רדיום או קרנטי? אם כן, תאריך סיפור אחרון

37. האם נדרסת לטארונה בא.ק.ג. ואם כן, מתי

היכן הסיבה

38. האם אושפדת או היית בטיפול בבית חולים? אם כן, מתי

היכן הסיבה

39. מתי נכרסת לטארונה עיי הרופא הספולו תאריך

סיבה

40. האם עבדת בדיקת מי שפיר או CVS? כך לא אם כן מה הממצאים?

41. האם תקי סיבלט 3: מודלת דם/ הפימות בקרשית דם/ מחלס לב/ טכונז/ יסי לחץ דם מחלס כליות/ מחלס נפש/ גידול/ סחלת ריאה/ צהוב/ מחלס כבד/ אחר

42. נורם RH חיובי/ שלילי/ לא ידוע

השירות

תנהגות הפונה (לפי תקנה 133)

אני מצהירה בה כי תשובתי על כל השאלות על פי חוק הן אמנותיות ומלאות וכי הפרטים שמסרתי בשאלות אלה נותני לשם קבלת אישור להפסקת הריון. הנני נותנת בה רשות למוסד הרפואי המטפל הקבוע שלי על כל עובדיו ולכל רואם שהיהו בסמורו, במפורט לעיני, ולכל מיסד רפואי אחר שיעזר בי למסור למברי התעה הנבדלת לעיל את כל הפרטים בצורה שחכ דרשון, על מצב בריאתי ועל כל מחלה שחליתי בה לנכד או שהני חולה בה כעת. מתי משודרת את כל הנכדים לעיני מיובת שמית הסודיות הרפואית כלפי הועדה האמרת.

43. הערות העובד/ת הסוציאלית

--	--

בדיקה גינקולוגית (לסימני על ידי הרופא)

44. אי ניל העובר בשמיעות לפי בדיקת אלטרוא-סאונד

44. כי מספר העובדים לפי בדיקת אלטרוא-סאונד

45. מטעמים אחרים ונאריך מבין הריון חיובי, מות, צואר הרחם, רחם, נדל תנוחה, טפולית זאק?

--	--

שם הרופא הבודק

השכמת הפונה להפסקת הריון (לפי תקנה 13 ד)

לאחר שרייד ותוצאותיה האפשריות של הפסקת הריון, ולגאי שהבנתי סיבותי ותוצאות אלה אני מסכימה להפסקת הריון ומקששת לבצענה.

תאריך מקוב חצימת האישה

עד לתימרה- שם העד משי תג. תאריך לידה

סקצרט מקנה חצימת העד

46. החלטת הועדה: 1. הבקשה אושרה / 2. הבקשה נדחתה / 3. סרם הותקבלה החלטתה (להשלם) טרם זה לאחר קבלת החלטתה דאה הרחיות

47. הנימוקים כיוון החלטתה בהתאם חסעיפי החוק:

48. מטעמים פתולוגים או מחלות נגסיות שנמצאים בטור-פלא אחר או יותר

1	2
3	4
5	6

48. מטעמים פתולוגים או מחלות נגסיות שנמצאים בטור-פלא אחר או יותר

1. התרעה ברומזומלית שהוכחה בבדיקות מי שפיר, CVS, או דם עוברי. פרטי

2. מחלת נגסית שאנכחה בבדיקות מוכימות או בבדיקות דניא. פרטי

3. מום מבני (מדרפולוגי) שחולסו באולטרוא-סאונד או באקו. פרטי

4. סיכונת נכחה למום מבני או לפגיעה בעוברי שהתגלעה בסיילטרא-סאונד או באקו. פרטי

5. מחלה, סימול חרופתי או סימול אחר שקבלה האם (מולד חשיפה סכיבנתית) שעלול לגרום למניעה בעובר. פרטי

6. סיכון למום נפשי בילוד. פרטי

7. מצב אחר. פרטי

49. אם סיבת החממה דילול עובדים, נא סמן X במשבצת

--	--

מספר סידורי <num>

אישור לביצוע הפסקת הריון (במוסד מורשה בלבד)

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

50. אישור זה נועד בתאריך לפי החלטת הועדה שליר שם המוסד לפי סעיף בחוק

50 ב' הבקשה נדחתה בתאריך לפי החלטת הועדה שליר שם המוסד

51. שם המוסד שם המוסד

הפניה על ידי תולדה

52. הפניה לביצוע הפסקת הריון במוסד זה במוסד מורשה אחר

לצרכים סטטיסטיים בלבד בהתאם לפקודת הסטטיסטיקה

לטיולני עיי הרופא המבצע: מקור האישור ישרא כירי הועדה, עותקי האישור (הצהוב והורוד) יועברו למוסד המבצע. רחספה הצהוב יוחזר ללישכה המרכזית לסטטיסטיקה ת.ד. 13015 רומנה, ירושלים 91130, לאחד לביצוע הפסקת הריון.

מהלך הפסקת הריון

1. האם בוצעה הפסקת הריון? כן / לא

תאריך ביצוע הפסקת הריון

שם המוסד המבצע שם החותמת הרופא הארצי

שם החותמת הרופא המבצע שם המוסד המבצע

מספר סידורי <num>

בקשה לאישור הפסקת הריון

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

עופש זה מיועד לועדה להפסקת הריון כדי לקבל את החלטתה. יש לרשום במילוי חפשיים. נא לתשמש בעט בדורי.

מקור זה נלקח מישראל כדי תועדה חתומה. העותקים יועברו בהתאם לחתומות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

מספר סידורי <num>

שנה חודש יום תאריך הפניה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון - לחסות. ת. זהות (מחק את המיותר)	ישוב מגורים	רחוב	מס' בית
----------	---------	--	-------------	------	---------

יש להקפיד בעגול שביד הספרה במשבצת משמאל לתשובה הנכונה, או לרשום במשבצת מספר, או לפרט במילים על הקו, לפי הצורך.

1. קופת חולים בה את מבוטחת:

- 1. כללית
2. מכבי
3. מאורית
4. לאומית
5. צה"ל
6. אחר
7. אין

2. תאריך לידה

שנה חודש יום

למטרות סטטיסטיות בלבד

- 3. מצב טיפולי
1. רחוקה
2. נשואה
3. חיה במפרד
4. גרושה
5. אלמנה
6. אחר, פרט

4-5. ארץ לידה (בנבחרות הנוכחיים)

ישראל חו"ל
ארץ הלידה של אבך
שנת עליה
ארץ הלידה של אמך
ארץ לידה

7. האם את

- 1. יהודיה
2. מוסלמית
3. נוצרית
4. דרווית
5. אחר

8. מספר שנות לימוד מכתיה או

- 9. עיסוק טכני עיקרי
1. לומדת
2. עובדת
3. עקרת בית
4. חיילת
5. מובטלת
6. אחר, פרט

10. האם יהוהודי סדיד בדרך כלל:

כן לא

11. תאריך תחילת הסתגור האחרון

שנה חודש יום

12. האם מאז הפחול האחרון השתמשת את אי הגבר באמצעים/שיטות למניעת הריון?

כן לא

13. באילו אמצעים/שיטות למניעת הריון השתמשתם?

- 1. גלולה
2. התקן תוך רחמי
3. דיאפרגמה
4. קונדום
5. משלל מסוג נייטבועי
6. יתגבר נוצרית
7. אחר

השאלות המסומנות ב* נועדו למטרות סטטיסטיות בלבד. אין חובה תוקפת לענות עליהן.

27. באיזה תאריך היתה הפניה האחרונה?

28. לאיזה ועדה פנית במשך האחרונה?

פרטים ופואים על הסקה

29. האם פנית בבקשה להפסקת הריון הטיבה לועדה אחרת? אם כן, תאריך הפניה

30. האם היו סיבוכים לאחר לידה? אם כן, פרטי

31. האם היו סיבוכים לאחר הפלה ספונטנית או מלאכותית? אם כן, פרטי

32. האם היו לך: לידות חי/ נאקרוטות, לידות מת/ נקדמת או לידות וא עם טאם מולד?

אם כן, פרטי

33. מחו גונבתך/ משקלך? האם עלית במשקל בששת החודשים האחרונים?

הסיבה

34. האם את ששמתשת בגמלים או בתרופות כאותן קבעו? אם כן, פרטי

35. האם עבדת/ נהנית או יעצו לך לנבדל ליתוח? אם כן, פרטי

36. האם קיבלת כענר או מקבלת היום טיפול בתקרנות, רדיום או קובלני? אם כן, תאריך טיפול אחרון

37. האם נדרשת לציורנה בא.ק.ג. ואם כן, מתי

היכן הסיבה

38. האם אושפדת או היית בטיפול בבית חולים? אם כן, מתי

היכן הסיבה

39. מתי נכרסת לאחרונה עיי הרופא הספולו תאריך

סיבה

40. האם עבדת בדיקת מי שפיר או CVS? כך לא אם כן מה הממצאים?

41. האם תקי סיבלט: מרהלת דם/ הפימות בקרשית דם/ מחלס לב/ טכונד/ יסי לחץ דם

מחלס כליות/ מחלס נפש/ גידול/ סחלת ריאה/ צהוב/ מחלס כבד/ אחר

42. סוג דם: RHO חיובי/ שלילי/ לא ידוע

השירות

תנהגות הסנה (לפי תקנה 133)

אני מצהירה בה כי תשובתי על כל השאלות על פי חוק הן אמנותיות ומלאות וכי הפרטים שמסרתי בשאלות אלה נותני לשם קבלת אישור להפסקת הריון. הנני נותנת בה רשות למוסד הרפואי המטפל הקבוע שלי על כל עובדיו ולכל רואם שהיהו בסמולו, במפורט לניד, ולכל מיסד רפואי אחר שיעיפל בי למסוד לחברי התודה הנבחרת לעיל את כל הפרטים בצורה שחכ דרשון, על מצב בריאתי ועל כל מחלה שחליתי בה לנכוד או שהני חולה בה כעת. הנני משוחררת את כל הנאכרים לעיג מיובת שמית הסודות הרפואית כלפי הועדה האמרת.

תאריך חתימת המנהל

43. הערות העובדת/ הסניאליה

בדיקה גינקולוגית (לסיילי על ידי הרופא)
44. אי ניל העובר בשמיעות לפי בדיקת אלטרוא-סאונד

44. כי מספר העובדים לפי בדיקת אלטרוא-סאונד

45. מטעמים אחרים ונאריך מבחן הריון חיובי, מות, צואר הרחם, רחם, גדל תנוחה, טפולית זאק?

שם הרופא הבודק חתימתו

השכמת המנהל להפסקת הריון (לפי תקנה 13 דו)

לאחר שרייד ותוצאותיה האפשריות של הפסקת הריון, ולאחר שהבנתי סיבותי ותוצאות אלה אני מסכימה להפסקת הריון ומקששת לבצענה.

תאריך מקוב חתימת האישה

עד לתימרה- שם העד משי ת.ג. תאריך לידה
סקצרט מקונו חתימת העד

46. החלטת הועדה: 1. הבקשה אושרה. 2. הבקשה נדחתה. 3. סרם הותקבלה החלטתה (להשלים טרפס זה לאחר קבלת החלטתה דאה הרחיות)

47. הנימוקים כיוצן החלטתה בהתאם חסעיפי החוק:

סעיף 1- א. האישה למטה מגיל הנישואין (מרות מ-17 שנים).

ב. לאישה מלא 40 שנה.

2- סעיף ג. הריון טבעי מחסיס אסורים לפי חוק או מחסיס עריות או שהוא לא מנישואין.

3- סעיף ד. הילד עלול לחיות בעל מום גופני או נפשי.

4- סעיף ה. המשך ההריון עלול לסכן את חיי האישה או לרדום לאישה נזק גופני.

ו. המשך ההריון עלול לרדום לאישה נזק נפשי.

48. ממצאים פתולוגיים או מחלות נגסיות שנמצאים בטכונ-פלא אחר או יותר

1. התפרצה כרומוזומלית שהוכחה בבדיקות מי שפיר, CVS, או דם עוברי. פרטי.

2. מחלת נגסית שאנכחה בבדיקות מוכימות או בבדיקות דניא. פרטי.

3. מום מבני (מדרפולוגי) שחולסו באולטרוא-סאונד או באקו. פרטי.

4. סיכונת נכחה למום מבני או לפגיעה בעוברי שהתגלטה בציטורא-סאונד או באקו. פרטי.

5. מחלה, טיפול תרופתי או טיפול אחר שקבלה האם (מולל חשיפה סניבנתית) שעלול לרדום לפגיעה בעובר. פרטי.

6. סיכון למום נפשי בילוד. פרטי.

7. מצב אחר. פרטי.

49. אם סיבת החממה דילול עובדים, נא סמן X במשבצת מספר סידורי <num>

אישור לביצוע הפסקת הריון (במוסד מורשה בלבד)

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

50. אישור זה נועד בתאריך לפי החלטת הועדה שליר שם המוסד לפי סעיף בחוק.

50 ב' הבקשה נדחתה בתאריך לפי החלטת הועדה שליר שם המוסד במידה והבקשה נדחתה יש לתעביר קו על הספה לאחר חתימת חברי הועדה

51. שם שם חבר/ טכנולוגית

מסי רשיון מומחיות מסי נטמה חתימה

הקנית על ידי תולדה

52. הקנית לביצוע הפסקת הריון במוסד זה במוסד מורשה אחר

לצרכים סטטיסטיים בלבד בהתאם לפקודת הסטטיסטיקה

לטיילני עיי הרופא המבצע: מקור האישור ישרא כירי הועדה, עותקי האישור (הצהוב והורוד) יועברו למוסד המבצע. רחספה הצהוב יוחזר ללישכה המרכזית לסטטיסטיקה ת.ד. 13015 רונמה, ירושלים 91130, לאחד לביצוע הפסקת הריון.

מהלך הפסקת הריון

1. האם בוצעה הפסקת הריון? כן לא

תאריך ביצוע הפסקת הריון

שם המוסד המבצע שם החותמת הרופא הארצי

מספר סידורי <num>

בקשה לאישור הפסקת הריון

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

מספר סידורי

העתק זה (נהוג) יועבר ללישבה המרכזית לסטטיסטיקה בהתאם להנחיות

טופס זה מיועד לועדה להפסקת הריון כדי לקבל את החלטתה. יש לרשום במילוי המדויק. נא להשתמש בעט כדורי.

שם המוסד

פרטים אישיים של המנהל:

מספר זהות/רכון - לחסרות ת. והות (מק את המיות)	ישוּב מגורים
---	--------------

יש להקפיד בעגול שביב הסמרה במשבצות משמאל לתשובה הנבונה, או לרשום במשבצות מספר, או לרשום במילים על הקו, לפי הצורך.

1. קופת חולים בה את מובטחת:

- כללית
- מבילי
- מאורזות
- לאומית
- גדלי
- אחר
- אין

2. תאריך לידה

שנה	חודש	יום
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

למטרות סטטיסטיות בלבד

3. סוג משפחתי

1. רווקה	2. נשואה	3. חיה בנפרד	4. גרושה	5. אלמנה	6. אחר, פרט
----------	----------	--------------	----------	----------	-------------

4. * שנת נישואין ואחרונים

5-6. ארץ לידה (בנבילות הנוכחיים)

ארץ הלידה של אבך	ארץ הלידה של אמך
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. האם את

- יחידה
- מוסלמית
- טורקיה
- דרוזית
- אחר

8. מספר שנות לימוד מכתיה או

<input type="text"/>

9. עיסוק נטווי עיקרי

- לומדת
- עובדת
- עקרת בית
- חיילת
- מובטלת
- אחר, פרט

10. האם והמוחזר סדיר בדרך כלל:

- כן לא

11. תאריך תחילת המיוון האחרון

שנה	חודש	יום
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. האם מאז המזואי האחרון השתמשת את אז הגבר באמצעים/שיטות למניעת הריון

- כן לא
- המשיכי ל- 13
עברי ל- 14

13. באילו אמצעים/שיטות למניעת הריון השתמשתם:

- גלולה
- התקן חוץ רחמי
- דיאפרגמה
- קונדום
- משגל מסור (ניטובייק)
- ייהב"ב גז'רדי
- אחר

השאלות המסומנות ב-* נועדו למטרות סטטיסטיות בלבד. אין חובה תיקית לענות עליהן.

- מדוע לא השתמשתם באמצעים/שיטות למניעת הריון?
- סיבה דתית/מטורלית
- הריון רצוי
- סיבה רפואית
- הפסקה בשימוש באמצעים/שיטות
- שיכחה/התנהג
- חוסר ידע
- מסקפת החנקה
- אחר, פרט

חירויות, ילדות, ילדים

15. שבוע הריון לפי המהוד האחרון

<input type="text"/>

16. האם הריון זה הוא הראשון שלך?

- כן לא
- עברי ל- 29

17. כמה חירויות קודמים היו לך?

<input type="text"/>

18. פרטי נא את תוצאות החירויות הקודמים:

18א: כמה מריונותיך נולדו ילדים תימים?

18ב: כמה מריונותיך חסתיטו בלידת מתי

18ג: כמה מריונותיך חסתיטו בהפלות טבעיות (כיל הריון מחוץ לרחם)?

18ד: כמה הפלות מלאכותיות היו לך?

18ה: תוצאות הריון האחרון (לפני הנוכחי)

- לידות חי
- לידת מת
- הפלה טבעית, הריון מחוץ לרחם
- הפלה מלאכותית

19. האם היו בעבר חירויות שהסתיימו בלידת תאוסים, שלשייה וכיון

- כן לא

20. כמה מילדיוך ריים היום:

<input type="text"/>

21. נשדך לית הילי (נהוין הצעיר ביותר)

שנה	חודש	יום
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. האם עבדת אי פעם במרח קיסרי?

- כן לא
- המשיכי ל- 23
עברי ל- 25

23. אם כן, כמה יתוהים קיסרים עברתי

<input type="text"/>

24. האם הלידה האחרונה היתה בניתה קיסרי?

- כן לא

פניות קודמות

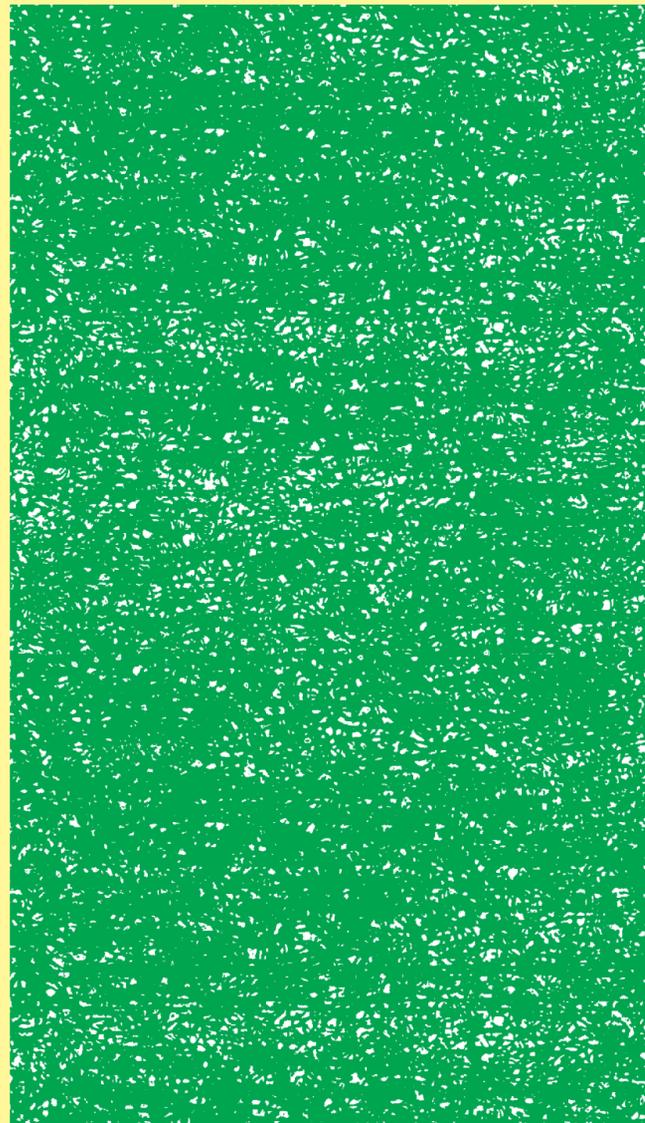
25. האם נפדת בעבר, לפני הריון הכולוח, לאחות מועדות להפסקת הריון

- כן לא
- עברי ל- 29

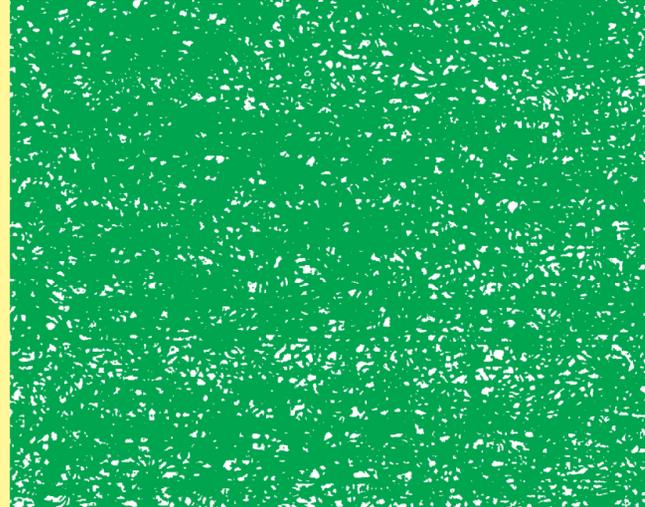
26. כמה מנמים פיות בעבר:

<input type="text"/>

המשיכי ל- 27



בדיקה גינקולוגית (לטימו על ידי הרופא)



44 א' ניל העובר בשביעות לפי בדיקת ואלטרא-סאונד

- החלטת הועדה: 1. הבקשה אושרה 2. לבקשה נוסף
- הבקשה נדחתה
- טרם הונקבלה החלטתה (להשלים טופס זה לאחר קבלת החלטתה-ראה הנחיות)

47. הנימוקים בזמן החלטתה בהתאם חסעיפי החוק:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

48. סממנים פתולוגים או מחלות נגסיות שנמצאים בשוכן-מלא אחד או יותר

1. הפרעה כרומוזומלית שתוכחה בבדיקת מי שפני, CVS, או דם עוברי, פרט:

2. מחלת נגסית שאובחנה בבדיקת ביוכימיות או בבדיקות דינא, פרט:

3. טום מבני (מדורלוג) שהולח באולטרא-סאונד או באקו, פרט:

4. סבינות נכוחה למום מבני או לפגיה בעובר שהתגלתה באולטרא-סאונד או באקו, פרט:

5. מחלה, טימול תרופתי או טימול אחר שקבלה האם (כולל חשיפה סביבתית) שעלול לרומ למניעה בשוכן, פרט:

6. סיכון למום משי בילוד, פרט:

7. מצב אחר, פרט:

49. אם סיבת החמיה דילול עובריים, נא סמן X במשבצת מספר סידורי

אישור לביצוע הפסקת הריון (במוסד מורשה בלבד)

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

50 א' אישור זה ניתן בתאריך לפי החלטת הועדה שליו שם המוסד לפי סעיף בחוק

50 ב' הבקשה נדחתה בתאריך לפי החלטת הועדת עליו שם המוסד

במידה והבקשה נדחתה יש להעביר קו על השפה לאחר חתימת חברי הועדה

51. שם יו"ר חבר עובדי/ת טכנולוגית

מסי ישיון

מזמחיות

מסי בטטה

חתימה

הפנית על ידי הועדה

52. תקיזה לביצוע הפסקת הריון במוסד זה במוסד מורשה אחר

לצרכים סטטיסטיים בלבד בהתאם לפקודת הסטטיסטיקה

לטיוליו עיי הרופא המבצע: מקור האישור ישאר בידי הועדה, עותקי האישור (הצגה) והורוד) יועברו למוסד המבצע.

ריחספה החתוב יוחזר ללישכה המרכזית לסטטיסטיקה ת.ד. 13015 רוממה, ירושלים 91130, לאחר ביצוע הפסקת הריון.

מתלן הפסקת הריון

1. האם בוצעה הפסקת הריון? כן לא

תאריך ביצוע הפסקת הריון

שם יחוסת ראיפה המבצע שם החוסת הרופא הארואי שם המוסד המבצע

מספר סידורי

בקשה לאישור הפסקת הריון

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978

טופס זה מיועד לועדה להפסקת הריון כדי לקבל את החלטתה. יש לרשום במילוי הפרטים. נא להשתמש בעט כדורי.

שם המוסד _____

פרטים אישיים של המנהל:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון - לחסרות. ת. הוות (מק את המיותר)	ישוב מגורים	רחוב	מס' בית
יש להקפיד בעגול סביב הסמרה במשבצות משמאל לתשובה הנכונה, או לרשום במשבצת מספר, או לפרט במילים על הקו, לפי הצורך.					

1. קופת חולים בה את מוסדותך:

- כללית
- מבילי
- מאוריות
- לאומית
- צה"ל
- אחר
- אין

2. תאריך לידה

שנה	חודש	יום

למטרות סטטיסטיות בלבד



10. האם יהיה לך סדי בדרך כלל:

- כן _____ לא _____

11. תאריך תחילת הפעולה האחרון

שנה	חודש	יום

12. האם מאז הפעולה האחרון השתמשת את אי הגבר באמצעים/שיטות למניעת הריון?

- כן _____ לא _____

13. באילו אמצעים/שיטות למניעת הריון השתמשתם?

- גלולה
- התקן תוך רחמי
- דיאפרגמה
- סקנדום
- משגל מסוג 'ניטוביי'
- ספוגיות
- אחר

השאלות המסומנות ב-* נועדו למטרות סטטיסטיות בלבד. אין חובה תיקוף לענות עליהן.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

מספר סידורי <<num>>

יום	חודש	שנה

התקן זה (ורוד) יועבר למוסד המבצע בהתאם להנחיות

תאריך הפניה

14. מדוע לא השתמשתם באמצעים/שיטות למניעת הריון?

- סיבה דתית/מטורלית
- הריון רצוי
- סיבה רפואית
- הפסקה בשימוש באמצעים/שיטות
- שיכחה/הזנחה
- חוסר ידע
- הפסקת החקיקה
- אחר, פרט

15. הריונות, לידות, ילדים

שבוע הריון לפי הסהוד האחרון

--	--

16. האם הריון זה הוא הראשון שלך?

- כן _____ לא _____

17. כמה הריונות קודמים היו לך?

--	--

18. פרטי נא את תוצאות הריונות הקודמים:

18א. במה מריונותיך נולדו ילדים תימים?

18ב. כמה מריונותיך חסתייטו בלידת מתי

--	--

18ג. כמה מריונותיך חסתייטו בהפלות טבעיות (כיל הריון מחוץ לרחם)?

--	--

18ד. כמה הפלות מלאכותיות היו לך?

--	--

18ה. תוצאות תהיון האחרון (לפני הנוכחי)

- לידות חי
- לידת מת
- הפלה טבעית, הריון מחוץ לרחם
- הפלה מלאכותית

19. האם היו בעבר הריונות שהסתייטו בלידת תאומים, שלשייה וכיון

- כן _____ לא _____

20. כמה מילדיך ריים היום:

--	--

21. תאריך לידת הילד נהנין הצעיר ביותר

שנה	חודש	יום

22. האם עברת אי פעם ניתוח קיסרי?

- כן _____ לא _____

23. אם כן, כמה ניתוחים קיסריים עברתי?

--	--

24. האם הלידה האחרונה הייתה בניתוח קיסרי?

- כן _____ לא _____

25. מניית קודמות

האם פנית בעבר, לפני תהיון הנוכחי, לאחת מועדות להפסקת הריון?

- כן _____ לא _____

26. כמה פעמים פנית בעבר:

--	--

27. באיזה תאריך היתה הפניה האחרונה?

28. לאיזה ועדה פנית בפעם האחרונה?

פרטים ומאפי על התה

29. האם פנית בבקשה להפסקת הריון הטיבתי לועדה אחרת? אם כן, תאריך הפניה

30. האם היו סיבוכים לארי לידה? אם כן, פרטי _____
31. האם היו סיבוכים לארי הפלה ספונטנית או מלאכותית? אם כן, פרטי _____

32. האם היו לך: לידות חי / נאקרוטות, לידות מת / נאקרוטות או לידות חי עם נאם מולד?

אם כן, פרטי _____

33. מחו גובהך _____ טשקלך _____ האם עליה במשקל בששת החודשים האחרונים?

34. האם את ששתמשת בסמים או בתרופות כאופן קבוע? אם כן, פרטי _____

35. האם עברת ניתוח או יעצו לך לגבר לתתוך אם כן פרטי _____

36. האם קיבלת מבני או מקבלת היום טיפול בהקרנות, רדיום או קרלטי? אם כן, תאריך טיפול אחרון _____

37. האם: נדקת לאחרונה בא.ק.ג. ואם כן, מתי _____

היכן _____ הסיבה _____

38. האם אושפזת או היית בטיפול בבית חולים? אם כן, מתי _____

היכן _____ הסיבה _____

39. מתי: נדקת לאחרונה עיי הרופא המטפלי תאריך _____

סיבה _____

40. האם עברת בדיקת מי שפיר או CVS? כן לא אם כן מה הממצאים? _____

41. האם תקי סיבלט ג. מרהות דם / הפימות בקרישת דם / מחלש לב / סוכרת / ימי לחץ דם מחלש כליות / מחלת נפש / ידולי / סחלת ריאה / צהוב / מחלש כבד / אחר _____
42. נורם RH חיובי / שלילי / לא ידוע _____
- הערות _____

צהרת המנהל (לפי תקנה 113)

אני מצהירה בה כי תשובתי על כל השאלות על פי חוק הן אפקטיות ומלאות וכי הפרטים שספרתי בשאלות אלה נתתי לשם קבלת אישור להפסקת הריוני. הנני נותנת בה רשות למוסד הרפואי המטפל הקבוע שלי, על כל עובדיו ולכל רואם שהייתי בסמולה, במסגרת ליווי, ולכל מוסד רפואי אחר שיעיפל כי למסור לחברי התדה הנכרת לעיל את כל הפרטים בצורה שהם ידרשו, על מנע בריאותי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהני חולה בה כעת. הלי משוחררת את כל הנזכרים לעיל מחובת שמירת הסודיות והפרואות כלפי הועדה האמורה.



בדיקה גינקולוגית (לסימני על ידי הרופא)

44. אי ניל העובר בשבועות לפי בדיקת אולטרא-סאונד

--	--

44. כ' מספר העובדים לפי בדיקת אולטרא-סאונד

--	--

45. מטעמים אחרים ונאריך מבין הריון חיובי, מות, צואר הרחם, רחם, גדל תנוחה, טפולית ואק?

שם הרופא הבורק _____ רצינותו _____

השכמת המנהל להפסקת הריון (לפי תקנה 13 רז)

לאחר שיידי _____ הסביר לי בנאריך _____ את הסיכונים הכרוכים בהפסקת הריון ותוצאותיה האפשריות של הפסקת הריון, ולאני שהבנתי סיכונים ותוצאות אלה אני מטביעה להפסקת הריוני ומקששת לבצענה.

תאריך _____ מקוב _____ חצימת האישה _____

עד לתימיה _____ שם העד _____ מתי ת.ג. _____ תאריך לידה _____

_____ טקצית _____ רצינות רעד _____

46. החלטת הועדה: 1. הבקשה אושרה _____ 2. הבקשה נדחתה _____
47. הנימוקים כיוון החלטתה בהתאם חסעיפי החוק:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

48. סממנים פתולוגים או מחלות נגסיות שנמצאים בשכר-מלא אחד או יותר

1. הפרעה כרומוזומלית שהוכחה בבדיקת מי שפיר, CVS, או דם עוברי, פרט: _____

2. מחלת נגסית שאובחנה בבדיקת ביוכימיות או בבדיקת דניא, פרט: _____

3. מום מבני (מדפולוגי) שהוכח באולטרא-סאונד או באקו, פרט: _____

4. סיבות נכונה למום מבני או לפגיעה בעובר שהתגלתה בסיסטר-סאונד או באקו, פרט: _____

5. מחלה, טימול תרופתי או טימול אחר שקבלה האם (כולל חשיפה סיבובנית) שעלול לגרום לפגיעה בשכר, פרט: _____

6. סיכון למום מבני בילוד, פרט: _____

7. מצב אחר, פרט: _____

49. אם סיבת החמיה דילול עובריים, נא סמן X במשבצת _____ מספר סידורי <<num>>

אישור לביצוע הפסקת הריון (במוסד מורשה בלבד)

ע"פ חוק העונשין תשל"ז-1977) ותקנות העונשין (הפסקת הריון) תשל"ח-1978)

50. א' אישור זה ניתן בתאריך _____ לפי החלטת הועדה שליר _____ לפי סעיף בחוק _____

50 ב' הבקשה נדחתה בתאריך _____ לפי החלטת הועדת עליד _____

במידה והבקשה נדחתה יש להעביר קו על השפה לאחד חתימת חברי הועדה

51. שם _____ יו"ר _____ חבר _____ עובד / טנצואלית _____

מס' רישון _____

מס' מניחות _____

מס' נגטרה _____

חתימה _____

הפנית על ידי הועדה

52. תקיזה לביצוע הפסקת הריון במוסד זה _____ במוסד מורשה אחר _____

לצרכים סטטיסטיים בלבד בהתאם לפקודת הסטטיסטיקה

לטיילן עיי הרופא המבצע: מקור האישור ישאר כידי הועדה, עותקי האישור (הצגה) והורוד) יועברו למוסד המבצע.

ריחסה הצהוב יוחזר ללישכה המרכזית לסטטיסטיקה ת.ד. 13015 רונמה, ירושלים 91130, לאחד ביצוע הפסקת הריון.

מחלק הפסקת הריון

1. האם בוצעה הפסקת הריון? כן _____ לא _____
- תאריך ביצוע הפסקת הריון _____

שם יחוסת ראיפא המבצע	שם חותמת הרופא האוריאי	שם המוסד המבצע

מספר סידורי <<num>>

טופס מספר: מבר 573

גודל: 46.5*31.5 ס"מ | בלוקים: 100*1 | כימי - מקור: לבן, עותק: צהוב, עותק: רוד | מיספור