**טופס לאיסוף מידע מלקוח לקראת פגישה עם רוקחת קלינית או רוקחת יועצת**

היסטוריה רפואית ותרופתית, למילוי ע"י המועמד/ת לסקירת תרופות

שם הלקוח \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

גיל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גובה \_\_\_\_\_\_ משקל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם רופא המשפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חבר קופת חולים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה הנך מצפה מהייעוץ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

למי לפנות בשעת חרום?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ קשר\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**היסטוריה רפואית** (אנא רשמו כאן כל מצב רפואי או מחלה קיימת או שהיו לך בעברך)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**התרופות שהנך לוקח/ת כעת**

**(כולל כל תרופות המרשם, תרופות ללא מרשם, צמחי מרפא ותוספי מזון)**

| כמה זמן נלקחת התרופה והערות נוספות | לשם מה הינך לוקח אותה? | איך את/ה לוקח/ת אותה? | שם התרופה |
| --- | --- | --- | --- |
| עשר | לטיפול בטריגליצרידים | טבליה אחת ביום בבקר | דוגמא: אומגה 3, 500 מ"ג |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**אלרגיות**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ממתי? | מה קרה איתה? | שם התרופה |
|  |  |  |
|  |  |  |

**פרטים על הרופאים המטפלים:** (לא חובה)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| מספר הטלפון שלו | איזה סוג של רופא? | שם הרופא |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**פרטים נוספים:**

* מצב נישואין: נשוי/רווק/גרוש/נפרד/ גרוש/ אלמן. עם מי אתה חי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* פעילות גופנית: כמה זמן בשבוע? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דקות כל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ימים.
* מקצוע \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ צורת פעילות? בישיבה/ בעמידה/ בתנועה.
* האם אתה יכול לדאוג לעצמך? כן /לא .......אם לא, מי דואג לך (שם)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם את/ה עובד/ת כרגע? כן / לא ..........אם כן, אצל מי? באיזה תפקיד?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הסטוריה משפחתית**:

סמן את המחלות שיש במשפחתך (אמא אבא אחים אחיות סבים סבתות) מתוך הרשימה הבאה:

יתר לחץ דם

התקף לב

דיכאון

סכרת

אירוע מוחי

סרטן

כולסטרול גבוה

מחלת כליות

אחרות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**היסטוריה שלך: סמן את המחלות שהיו או יש לך**

אסטמה

הפרעות קצב לב

חרדה

חסימה נשימתית COPD

סכרת

דכאון

כולסטרול גבוה – כמה?

סרטן

לחץ דם גבוה – כמה היה במדידה אחרונה? \_\_\_\_

התקף לב

בעיות שינה

צרבת, רפלוקס

אולקוס

בעיות בבלוטת התריס

אירוע מוחי

אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**היסטוריה של ניתוחים:**

אפנדיציט

צינטור (עם סטנט או בלון)

מעקפים ללב

החלפת פרק ירך

הוצאת רחם

החלפת ברך

קוצב לב

לידות

אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תופעות (לוואי) מיוחדות**

)אם אתה מרגיש משהו מהתופעות הרשומות בהמשך, הקף אותו בעיגול. אם לא, סמן "אחר" או "לא")

כללי:......................... אובדן משקל, העלאת משקל, סיוטי לילה, שכחה, עייפות, ישנוניות... אחר/ לא

בעיות ראיה:.................גלאוקומה, ראייה כפולה, קטרקט..................................................... אחר/ לא

בעיות שמיעה:............צלצולים באזנים, תחושה של החדר מסתובב, כאבי אזנים,.................... אחר/ לא

בעיות בליעה:.............גרון כואב, פה כואב, קול צרוד, חניכיים מדממים,................................. אחר/ לא

אנדוקריניות:...............בלוטות נפוחות,סכרת, בלוטת התריס,................................................ אחר/ לא

נשימתיות...................שיעול, כיח, קוצר נשימה, צפצופים, עישון סיגריות,............................... אחר/ לא

לב............................כאב בלב, לחץ דם גבוה, קצב לב לא סדיר, רגלים נפוחות, פרפורים,

לב המשך................. קושי לנשום כששוכבים,..................................................................... אחר/ לא

מערכת העיכול.........עצירות, שלשול, צהבת, רפלוקס, אולקוס בקיבה או במעי,..................... אחר/ לא

מערכת העיכול המשך.........בחילות, הקאות, צרבת............................................................... אחר/ לא

מערכת השתן............תכיפות במתן שתן, קושי בהטלת שתן, קושי בהתאפקות, .....................אחר/ לא

מערכת המין.............קושי בתפקוד מיני, חוסר זקפה, עודף זקפה, חוסר חשק,....................... אחר/ לא

מערכת השרירים.......כאבי פרקים, חולשת שרירים, חולשת רגלים, התכווצויות שריר.............. אחר/ לא

נוירולוגי.....................כאבי ראש, מיגרנה, התכווצויות, נמלול, רעד, התעלפויות,סחרחורת...... אחר/ לא

דם ולימפה.................דימום, בלוטות נפוחות , בעיות קרישה................................................. אחר/ לא

חיסונית......................אלרגיות, זיהומים, פריחות.................................................................. אחר/ לא

פסיכיאטרית..............דכאון, חרדה, עצבנות, בכי, הפרעות שינה, אפאטיה............................. אחר/ לא

אחרות...................................................................................................................................

**הרגלים**

* האם את/ה מעשן/ת היום? כן/לא. אם כן, כמה סיגריות ביום?\_\_\_\_\_ כמה שנים?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם עישנת בעבר? כן/לא.... אם כן, כמה סיגריות ביום?\_\_\_\_\_\_ כמה שנים?\_\_\_\_\_\_ מתי הפסקת?\_\_\_\_\_\_
* האם הנך שותה אלכוהול? כן/לא..... אם כן, כמה ביום? \_\_\_\_\_\_ בשבעו?\_\_\_\_\_ בחודש?\_\_\_\_\_\_
* האם שתית בעבר אלכוהול? כן/ לא..... אם כן, כמה ביום? \_\_\_\_\_\_ בשבוע?\_\_\_\_\_ בחודש?\_\_\_\_\_\_מתי הפסקת? \_\_\_\_\_\_\_\_
* צריכת קפה: כמה כוסות ליום? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בתרופות? איזה וכמה ליום? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטים על הרוקחות הסוקרות:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם: דר' ענבל יפרח דמארי  רוקחת קלינית, מ.ר. 81085 | מגר' סימה לבני  רוקחת יועצת, מ.ר. 3303 |
| כתובת המרכז: העצמאות 14, זכרון יעקב, 3094714 | |
| ת.ז: 037411022 | ת.ז. 053345369 |
| טלפון המרכז: 077-2342985  052-2610138 | |

**הצהרה** :

אני , שם הלקוח.ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מתחייב.ת בזאת לשלם עבור, סמן את בחירתך:

A - סקירה מלאה סך 1500 ₪ כוללת פגישה בזום למסירת המידע.

B - סקירה מלאה סך 1800 ₪. כוללת פגישה אישית בבית הלקוח למסירת המידע.

אנא, העבירו את הטפסים, לאחר המילוי שלהם, בצרוף בדיקות מעבדה אחרונות לפקס 04-6391940 או לדא"ל [sima@mypharmacist.co.il](mailto:sima@mypharmacist.co.il) או במסירה אישית אחרת למנהלת המרכז, העצמאות 14, זכרון יעקב, נווה הברון, טלפון 052-2610138

חתימת הלקוח \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_