**טופס לאיסוף מידע מלקוח לקראת פגישה עם רוקחת קלינית או רוקחת יועצת (2024)**

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 |
|  |  |  |  |
| **כמה זמן נלקחת התרופה והערות נוספות** | **לשם מה הינך לוקח אותה?** | **איך את/ה לוקח/ת אותה?** | **שם התרופה (המשך)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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.......ושי 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, אנא סמנו בחירתכם אם יש לכם העדפה:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם:ליאת סומך גבורין  רוקחת יועצת, מ.ר. 36025 | דר פאני אופק  רוקחת קלינית מ.ר. 34556 |
| מגר' סימה לבני  רוקחת יועצת, מ.ר. 33033 | מגר' רנה כהן  רוקחת מייעצת בהתאמה אישית למטופלי קנאביס, מ.ר. 34904 |
| טלפון המרכז ליעוץ תרופתי אישי: 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, סיכומי אשפוז ומסמכים רלוונטים אחרים, לדא"ל [sima@mypharmacist.co.il](mailto:sima@mypharmacist.co.il) או לווטסאפ 052-2610138

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

**נא לחתום גם בטופס ההסכמה שבהמשך, ותודה על שיתוף הפעולה!**

## טופס הסכמה מדעת לקבלת ייעוץ תרופתי אישי

אני ........................................... תעודת זהות ......................................

כתובת .......................................................טל' ..................................

מאשר לרוקחות המרכז לייעוץ תרופתי אישי, לבצע עבורי או עבור הרשום למעלה יעוץ תרופתי.

לצורך מתן הייעוץ:

אציג לרוקחות את כלל התרופות ותוספי התזונה אותם נוטל המטופל באופן קבוע

(כרוני) או על פי הצורך ובאופן מזדמן.

ידוע לי כי במידת הצורך תפנה הרוקחת המייעצת לרופא המטפל או למטפלים

אחרים על מנת לקבל מידע נוסף או ליידע אותם בתוצאות הייעוץ.

ידוע לי כי אין לערוך שינוי בטיפול התרופתי טרם היועצות עם הרופא המטפל.

וכי כל המידע הנמסר לי במהלך הייעוץ, נכון ליום הייעוץ ובהתאם למידע

שנמסר לרוקחות על ידי.

חתימה ............................. תאריך ............................................