

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)

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



פרטים על הרופאים המטפלים: (לא חובה)

שם הרופא	איזה סוג של רופא?	מספר הטלפון שלו

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 / לאאם לא, מי דואג לך (שם)? _____
- האם את/ה עובד/ת כרגע? כן / לאאם כן, אצל מי? באיזה תפקיד? _____

הסטוריה משפחתית:

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

הבאה:

סרטן	יתר לחץ דם
כולסטרול גבוה	התקף לב
מחלת כליות	דיכאון
אחרות	סכרת
	אירוע מוחי





היסטוריה שלך: סמן את המחלות שהיו או יש לך

התקף לב	אסטמה
בעיות שינה	הפרעות קצב לב
צרבת, רפלוקס	חרדה
אולקוס	חסימה נשימתית COPD
בעיות בבלוטת התריס	סכרת
אירוע מוחי	דכאון
אחר _____	כולסטרול גבוה – כמה?
	סרטן
	לחץ דם גבוה – כמה היה במדידה אחרונה? _____

היסטוריה של ניתוחים:

אפנדיציט	החלפת ברך
צינטור (עם סטנט או בלון)	קוצב לב
מעקפים ללב	לידות
החלפת פרק ירך	אחר _____
הוצאת רחם	

תופעות (לואי) 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 ראייה:.....	גלאוקומה, ראייה כפולה, קטרקט..... אחר/ לא
בעיות שמיעה:.....	צלצולים באזניים, תחושה של החדר מסתובב, כאבי אזניים,..... אחר/ לא
בעיות בליעה:.....	גררון 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, התכווציות שריר..... אחר/ לא
ניירולוגי:.....	כאבי ראש, מיגרנה, התכווציות, 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? _____ בשבוע? _____ 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: דר' ענבל יפרח דמארי רוקחת קלינית, מ.ר. 81085	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 _____ מתחייבת 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 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

