



<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> </div> <p>מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> <div style="width: 20px;"> </div> </div> <p>סוג המסמך דפים</p>	

שאלון לחולי POTS - דיסאטונומיה Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome

רופא/ה נכבד/ה על מנת לסייע לחולי POTS - דיסאטונומיה למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלאו את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרפ/י כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

1

פרטי המטופל

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר ת.ז.
שם הרופא המטפל	טלפון קווי במרפאה	טלפון נייד	

2

אבחון

תאריך האבחון: _____

אופן האבחון: _____

פירוט האבחנה: _____

תסמינים למילוי בשיתוף עם המטופל/ת:

התעלפויות:

סחרחורות ופרה סינקופה:

חולשה:

תסמינים נוספים:

אי סבילות לחום ראיה מטושטשת/ כפולה/ ראיית מנהרה

חרדה הפרעות שינה

כאבי ראש וצוואר אי סבילות לעמידה

טכיקרדיה

הזעת יתר/חסר

אי סבילות למאמץ

קשיי ריכוז וזיכרון

אין/ יש תדירות לשבוע _____

אין/ יש תדירות לשבוע _____

קשה/ בינונית/ קלה

השפעה ממוצעת של התסמינים על התפקוד היומי:

1. נמוכה מאד 2. נמוכה 3. בינונית 4. גבוהה 5. גבוהה מאד

טיפול תרופתי עדכני:

עזרים רפואיים (גרבי לחץ ועוד):

טיפולים נוספים ותדירותם (שיקום פיזיקלי, טיפול התנהגותי ועוד)

הערכה תפקודית למילוי בשיתוף עם המטופל

אין פגיעה תפקודית בפעילות יומיומית/ תעסוקתית עקב תסמיני ה- pots: יכולת הריכוז וההתמדה מצטמצמת מעט

קיימת פגיעה **קלה** תפקודית בפעילות יומיומית/ תעסוקתית עקב תסמיני ה- pots: יכולת הריכוז וההתמדה נפגעת או מצטמצמת

קיימת פגיעה **מתונה** תפקודית בפעילות יומיומית/ תעסוקתית עקב תסמיני ה- pots: יכולת הריכוז וההתמדה נפגעת או מצטמצמת לפחות פעם ביום, יש קושי להתמיד בעבודה/ לימודים/ מטלות בית יותר משעתיים ברצף.

קיימת פגיעה **חמורה** תפקודית בפעילות יומיומית/ תעסוקתית עקב תסמיני ה- pots: יכולת הריכוז וההתמדה נפגעת או מצטמצמת לפחות פעם בשעה. יש קושי להתמיד בעבודה, בלימודים או במטלות הבית.

קיימת פגיעה **קיצונית** תפקודית בפעילות יומיומית/ תעסוקתית עקב תסמיני ה- pots: יכולת הריכוז וההתמדה נפגעת או מצטמצמת באופן תכוף/ כמעט כל הזמן. יש קושי להתמיד בעבודה, בלימודים או במטלות הבית יותר משעה רצופה.

פרטים על כושר השתכרות :

כמה ימי עבודה המטופל/ת מאבד/ת בחודש במוצע? _____

האם המטופל/ת נצרכ/ת בהקלות בעבודה/ בלימודים? _____

האם המטופל/ת נאלצה/ה להפסיק עבודה/ לימודים בשל המחלה? כן/ לא

הערכה רופא/ה מטפל/ת את הפגיעה התפקודית

שם הרופא _____ תאריך _____

שם הרופא _____ תאריך _____