

טופס הצהרת בריאות

מטופל/ת יקר/ה,
להלן נוסח הצהרת בריאות שתמלא בהגעתך לניתוח
טופס הצהרת בריאות אנא סמן אם הנך סובל\ת מאחת מהמחלות המצוינות להלן:

לא	כן	האם יש לך בעיות כלשהן בלב ?
לא	כן	האם חווית בעבר כאב בחזה ?
לא	כן	האם יש לך לחץ דם גבוה ? אם כן פרט _____.
לא	כן	בעיות פסכיאטריות? אם כן פרט _____ - _____.
לא	כן	האם יש לך אסטמה, ברונכיטיס או כל בעיה אחרת במערכת הנשימה ?
לא	כן	האם אתה מעשן/ת או שעישנת בעבר ? מספר סיגריות ביום _____.
לא	כן	שנות עישון _____.
לא	כן	האם אתה צורך/ת אלכוהול ? משקאות לשבוע _____.
לא	כן	האם אתה משתמשת בסמים מכל סוג שהוא? (כל הפרטים נשארים חסויים)
לא	כן	האם השתמשת בקורטיזון (סטרואידים) בששת החודשים האחרונים ?
לא	כן	האם יש לך סוכרת ?
לא	כן	האם סבלת מצהבת, דלקת כבד נגיפית או מחלה אחרת בכבד ?
לא	כן	האם יש לך בעיה בכלוטת התריס ?
לא	כן	האם אתה סובל ממחלת כליות?
לא	כן	האם אתה סובל מאולקוס או בעיות אחרות בקיבה ?
לא	כן	האם אתה סובל היפטיטיס או סבלת בעבר (דלקת כבד)?
לא	כן	האם אובחן אצלך נגיף איידס?
לא	כן	האם יש לך מחלת שרירים או עצבים או מחלת הנפילה ?
לא	כן	האם לך או למישהו במשפחתך יש קשיים או בעיות עם טיפול הרדמה ?
לא	כן	האם יש לך בעיות של דימומים (קרישת דם) ?
לא	כן	האם יש לך פירסינג באזור הפה (לשון, שפתיים)?
לא	כן	האם יש לך שיניים תותבות, גשר או התקן אחר בשיניים?
לא	כן	האם אתה משתמש בעדשות מגע ?
לא	כן	האם את בהריון ? מתאריך _____.
לא	כן	האם יש לך אלרגיה למוצרי גומי (לטקס) ?

טופס הצהרת בריאות

- האם עברת ניתוח בעבר?
כן \ לא סוג ההרדמה כללית \ מקומית.
- האם אתה משתמש בתרופות כלשהן?
כן \ לא אם כן פרט _____
- האם ידועה לך רגישות לתרופות?
כן \ לא אם כן פרט _____

כל התשובות בהצהרת הבריאות לעיל, הינן נכונות ומלאות, וניתנו מרצוני החופשי והן משמשות בסיס לביצוע הטיפול וכי החברה רשאית להסתמך על האמור בהצהרה זו. ידוע לי כי במידה והצהרתי זו אינה נכונה באופן מלא או חלקי תהא החברה פטורה מכל אחריות שהיא.

חתימה המטופל: _____

- מטופל יקר, עליך להעביר את טופס הצהרת הבריאות בהקדם האפשרי ולפחות שבוע לפני מועד הניתוח.

במידה והינך סובל ממצב רפואי מיוחד אנא עדכן אותנו טרם הניתוח בבקשה.