ביטוח לאומי
לשכה רפואית מינהל גמלאות

INKF
העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות (ע"ר)

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך
	דפים

פרטים רפואיים למושתל כליה
לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

אנו מבקשים למלא טופס רפואי לחולה שבטיפולך בכדי להקל עליו למצות את זכויותיו בביטוח הלאומי.
מטרת הטופס היא להקל על תהליך קביעת הנכות הרפואית בוועדות הרפואיות. מילוי נכון ומלא של הטופס,יוכל לפשט את קבלת ההחלטה לגבי ביטוח נכות, הערכת נכות לצורך פטור ממס הכנסה ולשירותים מיוחדים.

1 פרטי החולה

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר ת.ז.

שם הרופא המטפל: _____	טלפון קווי במרפאה	טלפון נייד
שם המרפאה: _____		

2 פרטים קליניים

אבחנה	פירוט
אנמיה	❑ המוגלובין נמוך מ- 10 מעל 6 חודשים _____ ❑ טיפול באריתרופויטין _____ ❑ תלות בעירוי דם 3 חודשים רצופים (מנה בחודש) _____ ❑ תלות בעירוי דם יותר ממנה בחודש 3 חודשים לפחות _____
פוליציטמיה	❑ מאוזן ע"י תרופות / הקזת דם _____ ❑ תלונות עם סיבוכים ותלות בהקזות קבועות 6 פעמים בשנה לפחות _____
נויטרופניה.	❑ מתחת ל- 1500 עם זיהומים חוזרים _____
סוכרת	❑ בטיפול פומי _____ ❑ בטיפול אינסולין או משולב אינסולין _____ ❑ בטיפול משאבת אינסולין _____ ❑ סיבוך עם אברי סטרה: ❑ עיניים _____ ❑ מערכת עצבים _____ ❑ כליות _____ ❑ כלי דם גדולים וקטנים, כולל מערכת קרדיווסקולרית _____

פרטים קליניים – המשך

פיסטולה	❑ עם הפרעות קלות במחזור הדם _____ ❑ עם הפרעות קשות במחזור הדם _____
עודף משקל והשמנת יתר	❑ BMI מעל 35 _____ ❑ BMI מעל 40 _____
פציעות ובקעים של קיר הבטן	❑ מצריך חגורה _____ ❑ יש אבנטרציה _____
דלקת כרונית של שלפוחית השתן (לויקוציטוזיס) *יש לציין רמת הלויקוציטוזיס _____	❑ תכיפות בהטלת שתן יום ולילה _____ ❑ היצרות שופכה המצריכה הרחבות (2-1 לשנה) _____ ❑ דלקת קשה עם תכיפות פעם בשעה ושלפוחית מצומקת _____ ❑ צורך בצינתורים חוזרים _____
שופכה	❑ היצרות המצריכה הרחבות (2-1 לשנה) _____ ❑ הרחבות כל 3-2 חודשים _____ ❑ נדרשות הרחבות תכופות עם דלקת _____ ❑ צנתור שופכה _____
צלקות	❑ צלקות מכאיבות או מכוערות _____
אין אונות חובה לצרף תוצאות בדיקה עדכנית	❑ בינונית _____ ❑ חמורה , אין זיקפה _____
גאוט	
בעיות נפשיות	❑ נזקק לטיפול תרופתי נגד חרדה _____
תפקוד כליות	❑ קריאטינין _____ ❑ אוריאה _____ ❑ חלבון בשתן _____ ❑ יתר לחץ דם _____

אחר: נא לפרט את יכולת התפקוד היומיומית של החולה (מידת העצמאות בביצוע פעולות יומיום) _____

_____

אנא צרך סיכומי מחלה מפורטים, תוצאות בדיקות וכל מידע רפואי רלוונטי נוסף וציין את המסמכים הנלווים לטופס זה:

❑ פסיכיאטר ❑ פסיכולוג ❑ המטולוג ❑ רופא עור ❑ רופא כלי דם ❑ נפרולוג ❑ אורולוג ❑ מומחה עיניים

❑ אורתופד ❑ מומחה אחר _____

אנא פרט את היכרותך הקלינית עם החולה (רופא משפחה, רופא מטפל במרפאת מושתלי כליה, נותן חוות דעת, רופא אחר): _____

תאריך: _____ חתימה וחותמת ✘ _____