

שאלון למטופל - אונקולוגיה אינטגרטיבית- בקור ראשון

תאריך:

שם _____ מס'ת"ז _____ :
כתובת _____ דוא"ל _____ :
טלפון: בית _____ נייד _____ פקס _____ :

גיל _____ מצב משפחתי _____ :
ארץ לידה _____ : שנת עליה _____ :
מקצוע _____
עובד/ת כרגע: כן (מלא/ חלקי) / לא עובד/ת

סוג מחלת הסרטן:

השנה בה התגלתה המחלה _____ :
בית חולים מטפל ושם הרופא האחראי לטיפול _____ :
טיפול נוכחי במחלה _____ :
מועד הטיפול האחרון _____ :
טיפול מתוכנן בעתיד _____
טיפול קודם במחלה _____ :

מחלות אחרות כעת _____ :

מחלות אחרות בעבר

ניתוחים /אשפוזים

מחלות במשפחה :

עישון (כמות ליום, מספר השנים)

אלכוהול (כמות ליום, שבוע...)

תרופות קבועות :

ויטמינים /תוספים/ צמחי מרפא /

:

רגישות /אלרגיה לתרופות או תוספים צמחים וכדומה :

האם התנסית ברפואה משלימה ? כן לא

אם כן אנא פרט באיזה שיטות, לאיזו מטרה, מתי ואצל מי:

נא הקף/הקיפי בעיגול את המספר המתאר בצורה הטובה ביותר איך הרגשת במהלך 24 השעות האחרונות:

ללא כאב ביותר	_____	הכאב החמור									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
ללא חולשה ביותר	_____	החולשה החמורה									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
ללא בחילה ביותר	_____	הבחילה החמורה									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
ללא דיכאון ביותר	_____	הדיכאון החמור									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
ללא חרדה ביותר	_____	החרדה החמורה									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
(לא דואג בכלל)											(דואג מאד)
ללא ישנוניות	_____	הישנוניות החמורה ביותר									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
ללא קוצר החמור ביותר נשימה	_____	קוצר הנשימה									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
התיאבון ביותר	_____	התיאבון הגרוע									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	שניתן לדמיין
הטוב ביותר											

השינה הגרועה	_____	השינה ביותר
שניתן לדמיין	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	הטובה ביותר
בריאות כללית	_____	בריאות כללית
הגרועה ביותר	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	הטובה ביותר
שניתן לדמיין		

סמן/י בעיגול את המספר שמשקף הכי טוב את מידת המצוקה שחשת בשבוע האחרון כולל היום

מצוקה	_____	ללא מצוקה
קיצונית	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	

תלונות נוספות שמפריעות לך

בעיות ראייה - יובש, דמעת, טשטוש, קטרקט, רשתית, אחר _____
 בעיות אף -אוזן-גרון- נזלת, סינוסיטיס, פגיעה בשמיעה, אחר _____
 בעיות בפה- פצעים, שיניים, חניכיים, אחר _____
 שינויים בתיאבון, בטעם, בריח
 שינויים במשקל: המשקל כעת _____ לפני חודש _____
 קוצר נשימה, שיעול, גניחת דם
 כאבים בחזה, דפיקות לב, יתר לחץ-דם, אי ספיקת לב
 בעיות במערכת העיכול- עצירות, שלשול, גזים, כאבי בטן, טחורים
 צרבת, בחילות, הקאות, בעיות בליעה, אחר _____
 בעיות בכבד, צהבת, בעיות במרה
 הפרעות במתן שתן, בעיה בכליות, השתנה לילית
 בעיות גיניקולוגיות: מחזור חודשי: מועד אחרון _____ אמצעי מניעה _____
 דימומים, כאבי מחזור, אחר _____
 הפרעות בפעילות המינית - ירידה בחשק, פגיעה ביכולת, אחר _____
 בעיות הורמונליות- סוכרת, בלוטת התריס, שומנים בדם
 כאבי מפרקים, כאבי גב, בצקת בגפיים, התכווצויות שרירים, אחר _____
 הפרעות בתחושה, בתנועה או ביציבה, בריכוז או בזיכרון
 בעיות בעור - פריחה, גרד, יובש, שיער, ציפורניים, אחר _____
 נטיה לדמם, אנמיה, צורך במנות דם
 זיהומים חוזרים, נויטרופניה, "ירידה בספירות " אחר _____
 חוסר סבילות לקור או לחום, גלי חום, הזעה מרובה
 אחר _____

פעילות גופנית: סוג _____
 תדירות שבועית _____

ד"ר משה פרנקל
0523311255

אנא כתוב/כתבי דאגות או בעיות (אחת או שתיים) שלגביהן היית רוצה שנעזור לך.

.1

.2

נא הקף/הקיפי את המספר המראה עד כמה חמורה עכשיו כל דאגה או בעיה:

זו צריכה להיות הדעה **שלך** ולא של אף אחד אחר!

דאגה או בעיה 1:

6	5	4	3	2	1	0
מטריד אותי מאוד						לא מטריד אותי כלל

דאגה או בעיה 2:

6	5	4	3	2	1	0
מטריד אותי מאוד						לא מטריד אותי כלל

מצב הבריאות הכללי:

כיצד תדרג/י את מצב הבריאות הכללי שלך עכשיו? (איך את/ה מרגיש/ה עם עצמך?)

6	5	4	3	2	1	0
הכי גרוע שיכול להיות						הכי טוב שיכול להיות