




המוסד לביטוח לאומי
הלשכה הרפואית

פרטים רפואיים לחולי טרשת נפוצה
לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

 מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)			
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">סוג</td> <td style="text-align: center;">דפים</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">המסמך</td> <td></td> </tr> </table>		סוג	דפים	המסמך
סוג	דפים			
המסמך				

רופא נכבד,
על מנת לסייע לחולי טרשת נפוצה למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

1

פרטי החולה

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

2

פרטים קליניים

תאריך האבחון ופירוט האבחנה: _____

טיפול תרופתי נוכחי ותופעות לוואי משמעותיות: _____

מאפייני המחלה:

CIS (התקף בודד) התקפי/הפוגתי מהלך מתקדם ראשוני מהלך מתקדם שניוני מחלה פעילה

EDSS עדכני: _____ מתאריך: _____

בדיקות משלימות: MRI מוח MRI חוט שדרה VEP BERA SEP OCT LP

מבחנים אורודינמיים מעבדת הליכה פוליסומנוגרפיה הערכה ניורו-קוגניטיבית

בדיקות אחרות _____

תוצאות הבדיקות: _____

זכויות החולים הן החובה שלנו

מגבלות מוטוריות (פרט לגבי חולשה, ספסטיות, איטיות ניכרת, גרירת רגל, הפרעה בשיווי משקל וכו'): _____

הפרעות בתחושה (אנא פרט): _____

הפרעות במתן שתן (תכיפות, דחיפות, היסוס/קושי, בריחה) _____

שימוש בצנתר עצמי _____ שימוש בקטטר קבוע _____ הפרעה בשליטה ביציאות _____

הפרעות בראיה: _____

תסמונת פסאודו-בולברית: _____

הפרעות בבליעה: _____ הפרעות בדיבור: _____

כאב (אנא פרט): _____

אטקסיה: _____ עייפות: _____

רגישות לחום: _____ תופעת לרמיט: _____

הפרעות בשינה: _____

הפרעות בתפקוד מיני: _____

מצב קוגניטיבי (אנא פרט): _____

מצב אפקטיבי/רגשי (כולל מצבי דיכאון וחרדה, מאניה, פסיכוזה, אפקט פסאודו-בולברי של צחוק ובכי לא נשלטים.

אנא פרט): _____

הזקקות לעזרים (כגון סדים, הליכון, מקל הליכה או כיסא גלגלים, אנא פרט): _____

במידה ויש ביכולתך, אנא הערך את יכולת תפקודי היומיום (לדוגמה: תפקודי מיטה וביצוע מעברים, ניידות בבית,

יכולת הלבשה עצמאית, רחצה, אכילה, שמירה על הגינה אישית וכו'): _____

פרטים קליניים נוספים (בנושא הטרשת): _____

מחלות או מצבים אחרים העלולים להשפיע על הנכות (לפי שיקול דעתך): _____

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

פסיכיאטר פסיכולוג עובד סוציאלי קלינאי תקשורת פיזיותרפיסט מרפא בעיסוק אורולוג

מומחה עיניים (ניירו-אופטלמולוג) אורתופד מומחה אחר: _____

אנא פרט את היכרותך הקלינית עם החולה (רופא משפחה, רופא מטפל במרפאת טרשת נפוצה, נותן חוות דעת,

רופא אחר): _____

חתימה וחותמת _____ תאריך _____