



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

<p>מס' זהות / דרכון</p>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<p>סוג</p>	<p>דפים</p>	

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 _____