



שאלון רפואי (ימולא ויוחתם ע"י רופא המשפחה) טופס בדיקה ומידע על מצב בריאותו של התלמיד לשנה"ל תשע"ז

הורים יקרים,

על מנת שהצוות הרפואי יהיה מעודכן לגבי מצב בריאותו של התלמיד בבית הספר, אנו מבקשים למלא את כל הפרטים הבאים בשני צידי הדף + **חתימת הרופא** (ולהקיף בעיגול כן או לא).
נא לשלוח לישיבה עד יום חמישי כ"א אב תשע"ו

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ כיתה _____ ת"ז _____

תאריך לידה _____ שנת עליה _____ כתובת _____

קופ"ח בה מבוטחת המשפחה _____.

1. האם קיבל את כל חיסוני הילדות? _____ בדיקת מנטו תאריך _____

2. מתי קיבל זריקת טטנוס אחרונה? _____

3. מתי עשה בדיקת דם לאחרונה? _____ סוג הדם: _____

4. בדיקה פיזיקלית: לחץ דם _____ דופק _____ משקל _____ ב.מ.פ. _____

5. אשפוזים ו/או ניתוחים בעבר (אם כן פרט) _____

6. האם התלמיד סובל מ: _____

- | | | | |
|--|----|----|-----------------------------------|
| | כן | לא | א. סכרת |
| | כן | לא | ב. אפילפסיה (מחלת הנפילה) |
| | כן | לא | ג. מחלות לב |
| | כן | לא | ד. מחלת כליות |
| | כן | לא | ה. מחלות דרכי הנשימה (אסטמה) וכו' |
| | כן | לא | ו. מחלות תורשתיות |

ז. אחרות (פרט) _____

7. האם התלמיד מקבל תרופות באופן קבוע? (אם כן פרט) _____

8. האם התלמיד סובל מאלרגיה לתרופות ו/מזון? (אם כן פרט) _____

9. האם התלמיד רגיש לחלבון ביצה? _____

10. האם היו אירועים מסוימים בחיי המשפחה כגון גירושים, מוות, מחלה? _____

(אם כן פרט) _____

11. האם מטופל בתרופות בגין בעיה זאת? (אם כן, פרט) _____

12. האם יש לתלמיד בעיות התנהגותיות / חברתיות? _____

פרט _____

13. האם מטופל בתרופות בגין בעיה זאת? (אם כן פרט) _____

14. האם אחד או יותר מבני המשפחה סובל מבעיות כרוניות כגון סכרת, מחלת לב, יתר לחץ דם, כליות מחלות

שונות? _____

הרופא המטפל הקבוע _____ טל' _____

כתובת: _____

חתימת הרופא וחותמת _____ תאריך _____



פרטים על ההורים:

שם האב _____ ת.ז. _____	שם האם _____ ת.ז. _____
ארץ מוצא _____	ארץ מוצא _____
שנת עליה _____	שנת עליה _____
משלח יד _____	משלח יד _____
טלפון בעבודה _____	טלפון בעבודה _____
פלאפון _____	פלאפון _____
מספר אחים ואחיות _____	
בית ספר קודם _____	
כתובת בית הספר _____ טלפון _____	

אישור ההורים לקבלת טיפול רפואי ולקיחת תרופות.

- א. אנו מאשרים לבני לקבל טיפול רפואי מצוות המרפאה בקרית ארבע או מחוצה לה.
- ב. אנו מתחייבים בזאת לשלם לישיבה על כל הוצאה בגין, טיפול רפואי בבננו כגון: בדיקת רופא פינוי באמבולנס או במונית לטיפול רפואי, טיפול שיניים דחוף וכו'.
- ג. אנו מתחייבים להודיע לאחות בית הספר על כל שינוי או מגבלה שתחול במצב בריאותו.
- ד. במידה ובננו לוקח תרופה אנו מתחייבים לכך שבננו אחראי ...
 - 1. לקחת את התרופה עפ"י מרשם הרופא המטפל.
 - 2. לשמור את התרופה במקום סגור וללא גישה לאחרים.
 - 3. שלא לתת או להמליץ לתלמידים אחרים לקחת את התרופה.
 - 4. חובה להעביר לאחות הישיבה אישור מהרופא המטפל, שיכלול את שם התרופה, המינון, מספר הפעמים שיש לקחתה וחתימת הרופא.
 - 5. במידה וההורים לא מעוניינים באחריות התלמיד חובה להעביר את התרופה לצוות, והתלמיד יוכל לקבלה רק מאיש צוות.

נא להביא פנקס חיסונים וכרטיס מגנטי - חובה !!

טופס ויתור סודיות

במידת הצורך אני מאשר/ת להעביר חוות דעת רפואית אודות

בני _____ ת.ז. _____

שם ההורה החותם: _____ ת.ז.: _____

חתימה: _____