



שם החולה \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_

(ימולא על ידי הרופא המטפל).

מידע מאחות / עו"ס מרפאה: נא לצרף בדף נוסף על פי הצורך.

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	הקף בעיגול
.1	Heart/ Circulation		Ischemic Heart Disease	.1	<p>ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי)</p> <p>ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן)</p> <p>1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____</p> <p>תאריך האירוע / אשפוז _____</p> <p>מקום אשפוז _____</p> <p>2. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____</p> <p>תאריך האירוע / אשפוז _____</p> <p>מקום אשפוז _____</p> <p>מצב רפואי / תפקודי בתום האירוע / אשפוז אחרון _____</p> <p>ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת)</p> <p>1. מתמצא בזמן ובמקום</p> <p>2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת</p> <p>3. הפרעה ניכרת בהתמצאות</p> <p>4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי</p> <p>5. אין מידע</p> <p>ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי <input type="checkbox"/> בשני החודשים האחרונים</p> <p><input type="checkbox"/> בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים</p> <p><input type="checkbox"/> אין מידע</p> <p>ו. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אין מידע</p> <p>ז. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p>
			S/P Myocardial Infarction	.2	
			S/P CABG	.3	
			S/P PTCA	.4	
			Cardiac Arrhythmia	.5	
			Atrial Fibrillation	.6	
			Pacemaker	.7	
			Congestive Heart Failure	.8	
			Peripheral Vascular Disease	.9	
		.2	Neurological/ Psychiatric		
	S/P CVA			.11	
	Hemiparesis / Hemiplegia			.12	
	Dysphasia / Aphasia			.13	
	S/P TIA			.14	
	Parkinson's Disease			.15	
	Seizure Disorder			.16	
	Dementia			.17	
	Depression			.18	
	Psychiatric illness			.19	
.3	Endocrine		Diabetes Mellitus	.20	
			Hypothyroidism	.21	
.4	Musculoskel		Hyperthyroidism	.22	
			Osteoarthritis	.23	
			Rheumatoid arthritis	.24	
			S/p Hip Surgery	.25	
			Chronic Lung Disease	.26	
.5	Respiratory		Asthma	.27	
			Renal Failure (acute or chronic)	.28	
.6	Renal		Hemodialysis	.29	
			Peritoneal dialysis	.30	
.7	Oncological		Provide details	.31	
.8	Other		Anemia	.32	
			Malnutrition	.33	
			Hypertension	.34	
			Infectious Disease	.35	
			Other (provide details)	.36	

שם הרופא \_\_\_\_\_ המרפאה / בית חולים \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_