



המוסד לביטוח לאומי  
לשכה רפואית



<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="12">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td> </tr> </table>													מס' זהות / דרכון																								סוג המסמך		דפים										לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																																	
סוג המסמך		דפים																																															

## פרטים רפואיים לחולות אנדומטריזיס לצורך הגשת תביעה לביטוח לאומי

רופאה נכבד/ת, על מנת לסייע לחולות אנדומטריזיס למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא/י את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף/י כל חומר רפואי רלוונטי נוסף.

**1**

**פרטי המטופלת**

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

**2**

**אבחון**

תאריך האבחון: \_\_\_\_\_

אופן האבחון: \_\_\_\_\_

פירוט האבחנה: \_\_\_\_\_

**טיפולים עדכניים:**

טיפול הורמונלי: \_\_\_\_\_

טיפול נוגד כאב הדורש מרשם, לרבות קנאביס – מינון ותדירות \_\_\_\_\_

טיפול נוגד כאב ללא מרשם – מינון ותדירות \_\_\_\_\_

טיפולים נוספים ותדירותם (פיזיותרפיה, דיקור סיני וכד') \_\_\_\_\_

**כאב:**

אפיון הכאב, משכו ותדירותו \_\_\_\_\_

בחודש ממוצע, מה כמות הימים בהן החולה מאבדת ימי עבודה/לימודים בשל הכאב? \_\_\_\_\_

בחודש ממוצע, מה כמות הימים בהן החולה סובלת מכאב המרתק אותה למיטה באופן מוחלט? \_\_\_\_\_

**השפעה ממוצעת של הכאב על תפקוד יומיומי:**

פגיעה מועטה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 פגיעה מהותית

**עצמות כאב ממוצעת:**

נמוכה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 גבוהה

4

**תסמינים אחרים הקשורים לאנדומטריוזיס:**

תופעות הקשורות למערכת העיכול:  שלשולים  עצירות  לחץ בפי הטבעת  כאבים ברקטום ביציאה  דימום רקטלי  כאבים בבטן תחתונה  בחילות והקאות  תפיחות בטנית

תופעות הקשורות למערכת השתן:  תכיפות  דחיפות  צריבה כרונית בשתן ללא נוכחות דלקת  כאב בשלפוחית מלאה  כאב במהלך התרוקנות  תחושת התרוקנות בלתי שלמה  דליפת שתן  שתן דמי

תופעות נוספות:  מיגרנות  תשישות כרונית  דימום כבד/ קבוע  כאבים ביחסי מין  גלי חום  כאבי גב תחתון או אגן

5

**פרוצדורות רפואיות**

ב-12 החודשים האחרונים, המטופלת פנתה בשל אנדומטריוזיס ל (כמות פניות):

רופא/ת מומחה/ית: \_\_\_\_\_  
 מיון או אשפוז לצורך איזון כאב: \_\_\_\_\_  
 אשפוזים מסיבות שאינן לאיזון כאב, לרבות ניתוחים: \_\_\_\_\_  
 מרפאת כאב: \_\_\_\_\_  
 דיספלינות רפואיות נוספות: \_\_\_\_\_

6

**ההשפעה תפקודית (לפי התרשמות של הרופא המטפל – מדובר בהמלצה בלבד)**

- אין פגיעה תפקודית בפעילויות יומיומיות/תעסוקתיות עקב תסמיני האנדומטריוזיס:
    - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים מצטמצמת מעט
  - קיימת פגיעה תפקודית קלה בפעילויות יומיומיות/ תעסוקתיות עקב תסמיני האנדומטריוזיס:
    - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים נפגעת או מצטמצמת מדי פעם
    - חיסורים של פחות מפעם בחודש מהעבודה, לימודים וכד'
  - קיימת פגיעה תפקודית מתונה בפעילויות יומיומיות/ תעסוקתיות עקב תסמיני האנדומטריוזיס:
    - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים נפגעת או מצטמצמת לפחות פעם ביום
    - יש קושי להתמיד בעבודה/ לימודים/ מטלות-בית יותר משעתיים ברצף
    - חיסורים לפחות פעם בחודש מהעבודה, לימודים וכד'
  - קיימת פגיעה תפקודית חמורה בפעילויות יומיומיות/תעסוקתיות עקב תסמיני האנדומטריוזיס:
    - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים נפגעת או מצטמצמת בתכיפות של לפחות פעם בשעה
    - יש קושי להתמיד בעבודה/ לימודים/ מטלות-בית יותר מ-3 שעות ביום
    - חיסורים לפחות פעמיים בחודש מהעבודה, לימודים וכד'
  - קיימת פגיעה תפקודית קיצונית בפעילויות יומיומיות/תעסוקתיות עקב תסמיני האנדומטריוזיס:
    - יכולת הריכוז וההתמדה בעבודה או לימודים נפגעת או מצטמצמת באופן תכוף/ כמעט או כל הזמן
    - יש קושי לבצע פעולות בעבודה/ לימודים/ מטלות-בית יותר משעה רצופה
    - חיסורים רבים במרבית ימי החודש מהעבודה, לימודים וכד'
- האם החולה נצרכת בהקלות בעבודה/בלימודים? \_\_\_\_\_ לא / כן, אילו? \_\_\_\_\_  
 האם החולה נאלצה להפסיק עבודה/לימודים בשל המחלה? \_\_\_\_\_ לא / כן

הערכת הרופא/ה המטפל/ת את הפגיעה התפקודית: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_