**שאלון רפואי כללי**

שאלון זה יעזור לי להבין במה כדאי לנו לטפל ומהי שיטת הטיפול העדיפה. יש למלא את המקומות המיועדים, ולא לפרט מעבר לנדרש. כל פירוט נוסף ייעשה בפגישה עצמה.

|  |  |
| --- | --- |
| שם:            | גיל:       |
| כתובת:       |

**תלונה עיקרית וסיבת הפניה**(בקצרה):

|  |
| --- |
|                 |
| למה פנית דווקא עכשיו?           |

יש לסמן X במידה ואת/ה סובל/ת מהדברים הבאים:

**בריאות כללית**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| חולה לעיתים קרובות [ ]  | הזעות לילה [ ]  | נשירת שיער [ ]  | העדפה למשקה חם [ ]  | העדפה למשקה קר [ ]  |
| עייפות כללית [ ]  | צניחת אנרגיה [ ] אם כן מתי?      | עישון [ ] כמה ביום?       | קפה [ ] כמה ביום?       |
| מריחואנה [ ] כמה?      | שקדים /בלוטות לימפה נפוחות [ ]  | אלכוהול [ ] כמה בשבוע בממוצע ?      |
| ידיים או רגליים קרות [ ]  | נפיחות הידיים/רגליים [ ]  | קרישי דם [ ]  | דליות [ ]  | בצקת [ ]   |

**עור**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| גירודים [ ]  | אקנה [ ]  | יבלות [ ]  | פטריות [ ]  |  |
| פצעים [ ]  פה/חניכיים/שפתיים  | כיבים בפה [ ]  | גושים/גידולים [ ]   |  |  |

**שינה**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| קושי להירדם [ ]   | מתעורר/ת בקלות במהלך הלילה? [ ] איזה שעות?       | מתעורר/ת מוקדם מדי בבוקר? [ ] באיזו שעה?       |
| קושי להתעורר [ ]  | סיוטים [ ]  | חלומות ממשיים [ ]   | חריקת השיניים [ ]  | דיבור מתוך שינה [ ]  |

**שרירים ומפרקים**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| כאב צוואר [ ]  | כאבים בכתף [ ]  | אוסטאופורוזיס [ ]  | כאב יד/מפרק [ ]  | כאבי רגל/כאב קרסול [ ]   |
| כאבי ברכיים [ ]  | רעידות/טיקים בשרירים [ ]  | כאבי גב [ ] איפה?      |

**עיכּוּל**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| תיאבון ירוד [ ]  | תיאבון יתר [ ]  | רעב בלי רצון לאכול [ ]  | צמא בלי רצון לשתות [ ]  | בטן נפוחה [ ]  |
| תשוקה לאוכל [ ]  | גיהוק [ ]  | צרבת [ ]  | בחילות [ ]  | הקאות [ ]  |
| ירדה חדה משקל [ ]  | עלייה חדה משקל [ ]  | עצירות (יציאה פעם ביומיים) [ ]  | צואה רכה / שלשולים [ ]  | צואה יבשה [ ]  |
| עצירות ושלשולים לסירוגין [ ]  | ריח חריף [ ]  | גזים [ ]  | טחורים [ ]  | הפרעות אכילה [ ]  |
| צואה עם מזון לא מעוכל [ ]  | הרניה [ ]  |  |  |  |

**מערכת עצבים**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| איבוד טעם/ריח [ ]  | נימול [ ] חוסר תחושה  | רעידות[ ] איפה?       | שבץ [ ]   | זעזוע מח [ ]  |

**מערכת זיכרית**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| אימפוטנציה [ ]  | שינוי בדחף מיני [ ]   | בעיות בערמונית [ ]   | ספירת זרע/ תנועתיות נמוכה [ ]   |

**מערכת נשימה**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| תחושת מועקה או לחץ בחזה [ ]  | קוצר נשימה [ ]  | שיעול כרוני חוזר [ ]  | שיעול דמי [ ]  | אסטמה [ ]   |
| צרידות [ ]  | ליחה בגרון [ ]  | לחץ דם גבוה [ ]  | לחץ דם נמוך [ ]  | דופק מהיר [ ]  |
| דופק לא סדיר [ ]  | שיעול עם ליחה [ ] זמן ביום? |  |  |

**מערכת הנשית**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| קרישי דם בווסת [ ]  | צבע הדם [ ]  | ווסת לא סדירה [ ]  | ווסת כואבת [ ]  | ווסת שלא מגיעה [ ]  |
| דימום כבד/ממושך [ ]  | דימום חריג [ ]  | הפרשות מהנרתיק [ ]  | יובש בנרתיק [ ]  | ציסטות בשחלות [ ]  |
| אנדומטריוזיס [ ]  | שרירנים [ ]  | מספר הריונות [ ]  | משך המחזור       | גיל ווסת אחרונה            |
| גיל של המחזור הראשון       | האם את מנסה להיכנס להריון? [ ]  | האם את עכשיו בהריון? [ ]  |

**ראש**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| כאבי ראש [ ] איפה?      מתי?       | מיגרנות [ ]  | סחרחורת / ורטיגו [ ]  | בלוטות לימפה מוגדלות [ ]  |
| צלצולים באוזניים [ ]  | ראייה מטושטשת [ ]  | עיניים יבשות [ ]  | שיתוק פנים [ ]  | דלקות בסינוסים [ ]  |

**שתן**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| כאב במתן שתן [ ]  | מתן שתן דחוף [ ]  | השתנה תכופה [ ]  | דם בשתן [ ]  | שליטה בסוגרים בלילה [ ]  |
| מתעורר/ת להשתין? [ ] כמה פעמים?       | דלקת בשלפוחית השתן [ ]  | זיהומים בכליות [ ]  | אבנים בכליות [ ]  |

|  |
| --- |
| מידע נוסף שתרצה לפרט:      |

**תרופות:**

יש לכתוב כל תרופה בשמה המלא (באותיות לועזיות ברורות), מינון, תדירות ומשך השימוש. חשוב לכלול גם תרופות הומיאופתיות או צמחי מרפא וויטמינים שנלקחו או נלקחים בעת האחרונה.

|  |  |
| --- | --- |
| שם התרופה:       | מינון, תדירות, משך השימוש: |
| 1.       |       |
| 2.       |       |
| 3.       |       |
| 4.       |       |

|  |
| --- |
| רגישות ואלרגיות:       |
| מחלות כרוניות (סוכרת, איידס, הפטיטס, תארואיד, ארטיריטיס, סרטן, ועוד..):           |
| טיפולים קודמים ברפואה המשלימה:       |
| בירורים/הפניות שעדיין לא נעשו בתחום הקונוונציונלי:      |

מומלץ להביא מכתב סיכום מחלה/כל אינפורמציה אחרת.

לפני התחלת הטיפול יש לשלול את השאלות הבאות, **מחשש מגרימת נזק למטופל!** במידה והתשובה על אחת מהשאלות היא חיובית ולא נבדקה אצל רופא, יש לפנות לבדיקת רופא לפני התחלת הטיפול.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| כאב כרוני מוכר שמגיע עם סוג חדש או שונה של כאב [ ]  | בצקת באיבר שלא עברה בירור מיוחד אצל אדם בריא בדרך כלל [ ]   | בצקת כללית (עליה במשקל מעל חצי קילו ביום) [ ]  |
|  כל כאב חדש בחזה שאינו מוכר [ ]  | כאב בחזה שלא נמצאה לו סיבה ברורה [ ]  | פלפיטציות חדשות, דופק לא סדיר שאינו מוכר או שלא נבדק [ ]  |
| קוצר נשימה חריף או חדש [ ]  | כאב בטן חריף שאינו בעל אופי התקפי [ ]  | בחילות והקאות על רקע סיפור של טראומה בראש או בעיה קרדיאלית [ ]   |
| עצירות חריפה עם חשש לחסימת מעיים [ ]  | פטכיות ופורפורות ( שטפי דם) [ ]  | מיעוט או חוסר שתן [ ]  |
| שינוי במצב ההכרה, שינוי בהתנהגות, בלבול, הפרעות בהתמצאות [ ]  | כאב פרקים (חריף אודם/ נפיחות/ הגבלה בתנועה/זיהום) שלא עבר בירור רופא [ ]  | כאב גב או צוואר שלא עבר בירור אצל רופא: הקרנות, אופי הכאב השתנה, מוחמר בלילה, גיל מעבר, ילד, טראומה, אוסטיאופורוזיס [ ]  |
| לחץ דם שאינו יציב [ ]  | נקזים או צינורות שהושארו בגוף [ ]  | מועמדות לניתוח [ ]  |

|  |
| --- |
| מידע נוסף שתרצה לפרט:           |

**הצהרת הסכמה לטיפול:**

ידוע לי כי אני מטופל/ת ברפואה סינית [ שיאצו טווינה דיקור צמחים תזונה ] על ידי מטפל/ת שאינו רופא מורשה M.D . כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבל/ת אינו מבטל כל טיפול רפואי אחר. ידוע לי כי תוצאות הטיפול לא מובטחות וכי לדיקור עלולות להיות תופעות לוואי כגון נפיחות, אדמומיות, דימום תת עורי או סימנים אחרים בפנים ובגוף ובאזורי הדיקור.

ידוע לי כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו ע"י רופא יעשו בתיאום עם הרופא בלבד, לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת.

ידוע לי כי לטיפול ברפואה סינית עשויות להיות השלכות על מהלך הריון ואני מתחייבת להודיע למטפל כאשר יש סיכוי שאני בהריון.

|  |  |
| --- | --- |
| שם וחתימה:        | לחץ כאן לתאריך  |