|  |  |
| --- | --- |
| **Ilana Schlesinger M.D**  **Movement Disorders Center** Rambam Health Care Campus POB 9602, Haifa 31096, ISRAEL  Phone: 972 4 777 1495  Fax: 972 4 777 2795  לוגו בעברית | **ד"ר אילנה שלזינגר מנהלת**  **המכון להפרעות תנועה ופרקינסון**  רמב"ם- הקריה לבריאות האדם  ת.ד. 9602, חיפה 31096  טל: 04-7771495  פקס: 04-7772795 |

**הנדון:טיפול באולטראסאונד ממוקד**

אולטרסאונד ממוקד הינו טיפול המיועד בעיקר לסובלים מרעד בידיים.

בכדי לאפשר לצוות הרפואי לבחון באם את/ה מתאימים לטיפול, אנא מלא/י את השאלון המצורף.

**חובה** לצרף הפניה או סיכום מידע רפואי מנוירולוג או רופא משפחה, הכולל סיכום אבחנה מפורט וטיפול תרופתי מפורט, במידה וישנו.

נא לשלוח את השאלון והחומר הרפואי לדואר אלקטרוני movement@rambam.health.gov.il

או לפקס מס' 04-7772795.

אם לא קבלת תשובה בתוך חודש, ניתן ליצור עמנו קשר טלפוני במספר 04-7771495.

בברכה,

ד"ר אילנה שלזינגר

מנהלת המכון להפרעות תנועה ופרקינסון

[movement@rambam.health.gov.il](mailto:movement@rambam.health.gov.il)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilana Schlesinger M.D**  **Movement Disorders Center** Rambam Health Care Campus POB 9602, Haifa 31096, ISRAEL  Phone: 972 4 777 1495  Fax: 972 4 777 2795  לוגו בעברית | **ד"ר אילנה שלזינגר מנהלת**  **המכון להפרעות תנועה ופרקינסון**  רמב"ם- הקריה לבריאות האדם  ת.ד. 9602, חיפה 31096  טל: 04-7771495  פקס: 04-7772795 |

**שאלון התאמה לקראת אולטרסאונד ממוקד**

השאלות מנוסחות בלשון זכר אך מיועדות לנשים וגברים כאחד.

שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפונים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* דואר אלקטרוני\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* תאריך הסקר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* מין 1. זכר 2. נקבה גיל \_\_\_\_\_\_
* המחלה המאובחנת: פרקינסון\_\_\_\_\_רעד ראשוני (Essential tremor) \_\_\_\_ אחר\_\_\_\_\_\_
* ממתי אתה חולה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם רעד הוא התסמין העיקרי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* באיזה יד הרעד? 1. ימין 2. שמאל 3. שתיהן. היד הדומיננטית שלך היא: ימין\_\_\_ שמאל\_\_\_
* מ- 1-10, עד כמה הרעד מפריע לך בחיי היומיום? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה נוטל כיום תרופות לטיפול ברעד?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אם כן, אילו תרופות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* האם הרעד נעלם או מופחת משמעותית עם הטיפול התרופתי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם נטלת בעבר תרופות אחרות לטיפול ברעד?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה נוטל תרופות לדילול דם? לא\_\_\_\_\_ כן\_\_\_\_. אם כן, סמן אילו תרופות:

Pradaxa; Eliquis; Xalerto; Coumadin; Clexan; Aspirin; Plavix; Clopidogrel, Brilinta

* האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מהמחלות הבאות:? אם כן, סמן את המחלה בעיגול.

שבץ מוחי, פרכוסים (אפילפסיה), מושתל קוצב לב, שתלים מתכתיים או רסיסים בגוף, קלאוסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים). אם כן, פרט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* האם אתה סובל מבעיות זיכרון?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל ממחלה פסיכיאטרית כלשהי? לא\_\_\_\_\_כן\_\_\_\_. אם כן, האם אתה מקבל טיפול תרופתי פסיכיאטרי? פרט את התרופות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל או סבלת מגידול מוחי או עברת ניתוח ראש? אם כן, פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_