|  |  |
| --- | --- |
| **Ilana Schlesinger M.D**  **Movement Disorders Center**  Department of Neurology Rambam Health Care Campus Phone: 972 4 777 1495  Fax: 972 4 777 2795  לוגו בעברית | **ד"ר אילנה שלזינגר מנהלת**  **המכון להפרעות תנועה ופרקינסון**  מחלקה נוירולוגית  רמב"ם- הקריה לבריאות האדם  טל: 04-7771495  פקס: 04-7772795 |

**הנדון:טיפול באולטראסאונד ממוקד MRI**

אולטרסאונד ממוקד MRI הינו פיתוח חדשני המיועד לטיפול בהפרעות תנועה.

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

* שימו לב - **חובה לצרף לשאלון הפניה** (מרופא משפחה או נוירולוג) עם סיכום מחלה כולל אבחנה ובנוסף טיפול תרופתי כלשהו במידה ויש.

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

או לפקס מס' 04-7772795.

עדיף למייל ובכל מקרה לא לשניהם

צוות המרפאה יצור עמך קשר בהמשך.

אם לא קבלת תשובה בתוך שבועיים, ניתן ליצור עימנו קשר טלפוני במספר 04-7771495.

בברכה,

ד"ר אילנה שלזינגר

מנהלת המכון להפרעות תנועה ופרקינסון

מחלקה נוירולוגית

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilana Schlesinger M.D**  **Movement Disorders Center**  Department of Neurology Rambam Health Care Campus Phone: 972 4 777 1495  Fax: 972 4 777 2795  לוגו בעברית | **ד"ר אילנה שלזינגר מנהלת**  **המכון להפרעות תנועה ופרקינסון**  מחלקה נוירולוגית  רמב"ם- הקריה לבריאות האדם  טל: 04-7771495  פקס: 04-7772795 |

**שאלון התאמה לקראת אולטרסאונד ממוקד מונחה MRI**

השאלות מנוסחות בלשון זכר אך מיועדות לנשים וגברים כאחד.

שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_טלפונים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* תאריך הסקר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* דואר אלקטרוני\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* מין :1. זכר 2. נקבה גיל \_\_\_\_\_\_\_\_ קופ"ח\_\_\_\_\_\_\_\_
* המחלה המאובחנת:

פרקינסון\_\_\_\_ רעד ראשוני (Essential tremor) \_\_\_\_ אחר\_\_\_\_

* ממתי אתה חולה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם רעד בידיים הוא התסמין העיקרי?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* מ- 1-10 עד כמה הרעד מפריע לך בחיי היומיום? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה נוטל כיום תרופות לטיפול ברעד?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* אילו תרופות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה משתתף כעת במחקר קליני? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם הרעד נעלם או מופחת משמעותית בטיפול תרופתי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם נטלת בעבר תרופות אחרות לטיפול ברעד? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה נוטל תרופות לדילול דם כגון:

Pradaxa; Eliquis; Xalerto; Coumadin; Clexan; Aspirin; Plavix; Agrenox; Clopedogrel ,

* האם אתה סובל או סבלת בעבר משבץ מוחי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם עברת ניתוח ראש, פרט? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל מבעיות זיכרון? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל או סבלת מפרכוסים (אפילפסיה)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל או סבלת מגידול מוחי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל ממחלה פסיאכטרית כלשהיא? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* אם כן, האם אתה מקבל טיפול תרופתי פסיכיאטרי? פרט את התרופות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם אתה סובל מקלאוסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם יש לך שתלים מתכתיים או רסיסים בגוף? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* האם יש לך קוצב לב? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* שימו לב - **חובה לצרף לשאלון הפניה** (מרופא משפחה או נוירולוג) עם סיכום מחלה כולל אבחנה ובנוסף טיפול תרופתי כלשהו במידה ויש.