



המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא
תל-השומר
המחלקה לטיפול תומך (הוספיס אונקולוגי)

טופס הפניה להוספיס אשפוזי טל: 03-5303290 פקס 03-5305068

- הנחיות למילוי טופס הפניה להוספיס
1. נא למלא את הטפסים במלואם.
 2. נא לצרף מכתב רפואי עדכני + ותרופות.
 3. להעביר את הטפסים המלאים להוספיס ולקופת חולים של החולה.

משפחה/ או חולה המעוניינים בשיחה מקדימה ובסיוור בהוספיס מתבקשים לתאם פגישה בטלפון
03-5303290

פרטי החולה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מין _____ מצב משפחתי _____
ת.ז. _____ שנת לידה _____ ארץ מוצא _____ שנת עלייה _____
כתובת _____ טלפון _____
קופ"ח _____ סניף _____

פרטים רפואיים:

אבחנה: _____
אבחנות נוספות: _____

סיבת הפניה: 1. איזון כאבים 2. איזון סימפטומים 3. סופגיות 4. מנוחת משפחה

הגורם המפנה:

המפנה _____ טלפון _____
האם החולה בבית ? כן / לא אם מאושפז היכן? _____

פרטים על בני משפחה:

שם	קירבה	גיל	טלפון

גורמי תמיכה:

החולה מתגורר עם _____

מודעות החולה והמשפחה

האם החולה מודע למחלתו? כן לא _____

האם החולה מודע לכך שבהוספיס הטיפול הניתן הוא טיפול תומך ואינו להצלחת חיים? כן לא _____

האם החולה מודע לכך שבהוספיס לא מבצעים החיאה? כן לא _____

האם החולה מעוניין להתאשפז בהוספיס? כן לא _____

המשפחה:

האם המשפחה מודעת שהטיפול הניתן הוא טיפול תומך ואינו להצלחת חיים? כן לא _____

האם המשפחה מודעת שבהוספיס לא מבצעים החיאה? כן לא _____

האם המשפחה / החולה מעוניינים בשיחה מקדימה / סיור בהוספיס? כן לא
במידה ומעוניינים יש לתאם פגישה עם אח אחראי בטלפון 03-5303290

סימפטומים: חשוב לציין אם קיימים סימפטומים והטיפול שהחולה מקבל

כאבים _____ כן/לא טיפול _____

מצוקה נשימתית _____ כן/לא טיפול _____

בחילות הקאות _____ כן/לא טיפול _____

עצירות _____ כן/לא טיפול _____

מצוקה נפשית _____ כן/לא אם כן פרט _____

מצב תפקודי/ ימולא על ידי אחותניידות:

1. הולך באופן עצמאי

2. הולך בליווי/תמיכה

3. כסא גלגלים

4. מרותק למיטה

תזונה

1. אוכל ושותה באופן עצמאי

2. זקוק לעזרה

3. קשיי בליעה

4. לא אוכל ולא שותה

רחצה

1. עצמאי

2. זקוק לעזרה במקלחת

3. זקוק לעזרה במיטה

שליטה על סוגריםשתן

1. שולט

2. שולט חלקית

3. לא שולט

4. קטטר

צואה

1. שולט

2. שולט חלקית

3. לא שולט

סטומות/ נקזים / פיסטולות/פצעים וכו'..

1. התמצאות: מתמצא בזמן ובמקום

3. ישנוני

2. מתמצא לסירוגין

4. מבולבל באופן קבוע

ראייה:

1. תקינה

2. משקפיים

3. עיוורון

שמיעה:

1. תקינה

2. לא תקינה

3. מכשיר שמיעה כן לא

מצב רגשי

1. מציאותי 2. כועס 3. עצוב ובוכה 4. תוקפן 5. מחשבות אובדניות

אחר:

שם אחות ממלאת הטופס

תפקידה

חובה בעת שליחת הטפסים לשלוח סיכום מחלה עם תרופות עדכניות שהחולה מקבל/ת

נספח לטופס ועדת קבלה – הפנייה להוספיס אשפוזי
ימולא על ידי רופא

שם החולה: _____ ת.ז. _____

אבחנות: _____

טיפול שהחולה מקבל:

הערות _____

החולה סיים טיפול מרפא ומופנה להוספיס לקבלת טיפול תומך בלבד.

חתימת וחותמת הרופא

הוספיס, תל-השומר

הוספיס, תל-השומר

Ministry Of Health
Rehabilitation Hospital
Chaim Sheba Medical Center
Tel Hashomer 52621, Israel
Associated with Israel Cancer Association



משרד הבריאות
בית החולים השיקומי
מהרכז הרפואי המשולב ע"ש שיבא
תל השומר 52621, ישראל
בסיוע האגודה למלחמה בסרטן

Department of Supportive Care

מחלקה לטיפול תומך

"בית פרידמן"

הפנייה להוספיס אשפוזי:

למלא 4 טפסים :

דף 1,2 בני המשפחה

דף 3 אחות

דף 4 רופא

**יש לצרף סיכום מחלה עם תרופות עדכניות שהחולה מקבל/ת
להעביר את הטפסים לפקס: 03-5305068
ולקופת חולים של החולה לצורך קבלת טופס 17**

כתובת: "בית פרידמן", מרכז הרפואי המשולב ע"ש שיבא, ישראל, טל: 03-5303290, פקס: 03-5305068;
Address: Beit Friedman, Sheba Medical Center, Israel, Tel: 972-3-5303290, Fax: 972-3-5305068;
Email: almi@sheba.health.gov.il