



מדינת ישראל
משרד התחבורה והבטיחות בדרכים
רשות הרישוי

טופס דיווח על ממצאים רפואיים לחולה בסוכרת מטיפוס 1 (type 1 dm - נעורים)

ת.ז. החולה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	ישוב
------------	----------	---------	------------	------

- האם הנ"ל מטופל/ת? רק אצלך / בתחנת סכרת / בשני המקומות יחד
- שם הרופא המטפל בתחנת הסכרת - _____
- כמה שנים הנ"ל מטופל כחולה סכרת? _____
- האם הנ"ל מבקר/ת באופן קבוע אצלך ו/או במרפאת סכרת? כן / לא
- האם הנ"ל משתפ/ת פעולה בכל הקשור לאיזון המחלה? כן / לא
- האם הסכרת מאוזנת באופן – משביע רצון / שאינו משביע רצון
- האם היו התקפי היפוגליקמיה המלווים במצב של חוסר שליטה עצמית ו/או איבוד הכרה במהלך השנתיים האחרונות? כן / לא
- האם נבדקת על פי הפרוטוקול רמת ה HbA1c? כן / לא
- תאריך בדיקת HbA1c אחרונה _____ תוצאה _____
- האם הנ"ל מטופל/ת באמצעות א. דיאטה בלבד – כן / לא
ב. תרופות דרך הפה – כן / לא
ג. אינסולין – כן / לא
- אנא פרט את הטיפול התרופתי :

שם התרופה	מינון יומי

- האם הנ"ל סובל/ת מסיבוכים של המחלה? _____

- פרטי הרופא ממלא הטופס :

תאריך	מס' רישיון רופא	שם ומשפחה	חתימה וחותמת
-------	-----------------	-----------	--------------