



טופס רפואי למחנה קיץ 2025

הורים יקרים,

טופס זה מהווה את המידע לצוות הרפואי שייתן את המענה הטיפולי במחנה על פיו ועל כן חשיבותו רבה.
חשוב לדווח על כל אירוע חריג טרם היציאה למחנה.

שימו לב! ברישום למחנה, יהיה עליכם למלא 2 טפסים בשלמותם: את הטופס המצורף ובנוסף טופס רישום דיגיטלי.
כמו כן יש לשלוח דו"ח רפואי עדכני-מרופא/ת ילדים בקופת חולים.

פרטי מנהלת המחנה: תמרה 051-5829575 (עדיפות בוואטסאפ)

יש להשלים את הטופס בצורה ברורה ולהקיף את התשובה המתאימה ביותר עבורך בכל סעיף.

פרטים אישיים:

שם הילד/ה: _____ ת.ז: _____ נייד הילד/ה: _____ בוגר/ת כיתה: _____ גיל: _____ ת.לידה: _____
מגדר: נקבה/ זכר/ אחר שם ההורה: _____ נייד ההורה: _____ שם ההורה: _____ נייד ההורה: _____

פרטים על הטיפול בסוכרת סוג 1:

תאריך אבחון סוכרת: _____ HbA1c אחרון: _____ מתאריך: _____ משקל (להתאמת מינונים): _____
סוג הסנסור: _____ מטופל/ת: במשאבת אינסולין / בזריקות
טיפול במשאבה: סוג המשאבה: _____ סוג האינסולין: _____
טיפול בזריקות/תוכנית חילופית למשאבה: _____

סוג אינסולין ארוך: _____ זמן הזרקה: בוקר/ ערב מינון אינסולין ארוך: _____
סוג אינסולין קצר: _____ פקטור תיקון: ביום: _____ בלילה: _____ יחס פחמימה: יום: _____ לילה: _____
האם ילדך/תך עצמאי/ת: בהזרקת אינסולין: כן/ לא בהחלפה וחיבור לטכנולוגיות: כן/ לא
האם היו אשפוזים הקשורים לסוכרת בשנה האחרונה: לא/ כן, פרט/י _____
האם היה אירוע היפוגליקמיה קשה בשנה האחרונה: לא/ כן, פרט/י _____

פרטים על מחלות נוספות:

מחלות נוספות מלבד סוכרת: לא/ כן פרט/י: _____
תרופות נוספות מלבד אינסולין: לא/ כן. פרט/י שם ומינון: _____
בוקר: שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____ שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____
צהרים: שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____ שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____
ערב: שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____ שם התרופה: _____ שעה: _____ כמות: _____
רגישות לתרופות: לא/ כן. פרט/י: _____
קשיים/ אבחנות רגשיות: אין. במידה ויש אנא פרט/י: _____
הרטבת לילה: לא במידה וכן אנא פרט/י: _____
טיפול תרופתי בחרדה/דיכאון: לא במידה וכן אנא פרט/י: _____
הפרעות אכילה: לא במידה וכן אנא פרט/י: _____
אבחנות נוספות: ADHD, PDD או אחר: לא במידה וכן אנא פרט/י: _____

פרטים נוספים:

האם ילדך/תך מקפיד על תזונה מסוג מסוים: לא/ כן, פרט/י: _____
האם ילדך/תך: צמחוני: לא/ כן טבעוני: לא/ כן צליאקי/ת: לא/ כן אוכל/ת תזונה דלת פחמימה: לא/ כן
אלרגיה מסכנת חיים (שמצריכה מזרק אפיפן): לא/ כן פרט/י: _____
רגישות למזון אחר: לא/ כן. פרט/י: _____
האם ילדך/תך יודע לשחות: לא/ כן האם ילדך/תך יצא בעבר למחנה קיץ רפואי? לא/ כן
במידה ויש פרטים נוספים שחשוב שהצוות הרפואי ידע על מנת לתת מענה מיטבי במהלך מחנה הקיץ אנא פרטו:

אני מאשר/ת שכל הפרטים הינם נכונים ועדכניים ליום חתימת הטופס

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____
אני מאשר/ת בזאת את הנתונים הרפואיים הכתובים לעיל ואין מניעה להשתתפות במחנה הקיץ
שם הרופא/ה: _____ פרטים ליצירת קשר עם הרופא/ה: _____
שם מרפאה: _____ תאריך: _____ חתימה וחתימת הרופא/ה: _____