

ממלאים את הפרטים, משלימים עם רופא המשפחה ומצרפים את המסמכים הנדרשים.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____ תאריך: _____
טלפון: _____ שם רופא/ת המשפחה: _____

טופס טרום סדציה הינו גילוי מידע רפואי לפני ביצוע סדציה מתוכננת בגין טיפול פולשני כלשהו, במקרה זה טיפול שיניים כפי שנקבע ע"י רופא שיניים מטפל. הטופס ימולא ע"י המטופל עצמו וע"י רופא משפחה אשר מודע למצבו הרפואי של החולה, כולל תולדות עבר רפואי/ניתוחי, מחלות פעילות, אלרגיות ידועות ו/או תגובות לחומרי הרדמה בעבר וטיפול תרופתי קבוע.

יש לצרף: תרשים אקג' ובדיקות דם עדכניות, כולל ספירת דם וכימיה שכוללת תפקוד כליות, אלקטרוליטים וכבד. לנשים יתכן ויש צורך במבחן BETA HCG לפי סעיף 3 להלן.

בתום מילוי הטופס וחתימת רופא המשפחה, הרופא אשר יבצע את הסדציה יעיין במחלות הרקע ובטיפול התרופתי ויקבע על סמך הנתונים בטופס אם החולה מתאים לסדציה מתונה מחוץ לבית חולים.

1 מצב רפואי

האם קיימת בעיה רפואית מן הבאים? סמנו כן או לא ופרטו לפי הצורך. ☐ כן ☐ לא

- מחלה נשימתית: כגון אסטמה, COPD, מחלה ברונכיטאטית, דום נשימה (OSA) או מחלה ריאתית אחרת.
 - מחלה קרדיו-ווסקולרית: יתר לחץ דם, מחלת לב כלילית, הפרעות קצב למיניהם כולל פרפור עליות, טכיקרדיה חדרית או ברדיקרדיות למיניהם, אי ספיקת לב כלשהי.
 - מחלה אלרגית: מחלה אלרגית כלשהי, תגובות אלרגיות בעבר בכל מידות חומרתן ולאזיה חומר/תרופה/אלרגין הופיעה תגובה זו.
- אם התשובה כן, על רופא המשפחה לציין את מידת החומרה ואת הטיפול התרופתי הקבוע, כולל מינונים וצורת מתן.

2 תרופות

האם החולה נוטל אחת מהתרופות הבאות? סמנו כן או לא. ☐ כן ☐ לא

וואבין (VABEN), וואליום/אסיבאל (ASSIVAL/VALIUM), בונדורמין (bondormin), לוריון (lorivan) או טיפול אחר ממשפחת בינזו-דיאזיפינים.

פירוט: _____

3 לנשים

האם החולה מניקה? ☐ כן ☐ לא

האם החולה בהיריון? ☐ כן ☐ לא

אם התשובה לא, על החולה לבצע בדיקת BETA-HCG לשלילת היריון.

אנו מאשרים בזאת שהמידע שנמסר לעיל הינו מידע עדכני ומלא ואין עוד פרטים רפואיים שלא נמסרו.

חתימת המטופל/ת: _____ חתימה וחתימת רופא/ת המשפחה: _____