

חוות דעת רפואית



שם משפחה ופרטי	ת.ז

בעיות רפואיות בעבר :

אשפוזים רפואיים :

טיפול תרופתי נוכחי :

האם ידוע על היסטוריה פסיכיאטרית :

האם הנ"ל מסוגל לעמוד בתהליך גמילה :

תאריך : _____ חתימה וחומת הרופא : _____



שם ומשפחה _____

ת.ז. _____

לכבוד
הרופא המטפל

ד"ר נכבד,

- א. הנ"ל מועמד לטיפול גמילה ושיקום מסמים.
ב. לצורך זה אבקשך לערוך לנ"ל את הבדיקות המפורטות להלן, ולמסור אותן לידינו על מנת שנוכל להתחיל בטיפול.

רשימת בדיקות רפואיות לצורך גמילה מסמים:

		1. א. ק. ג.	
		2. צילום חזה (תשובת הרטנגולוג בלבד).	
		3. ספירת דם + מבדלת, טרומבוציטים.	
		4. בדיקת דם ביוכימית:	
	Glucose	Total protein:	Chlorid
Urea		*Globulin	Sodium
Creatinine		*Albumin	Potassium
Bilirubin		Cholesterol	Amylase
*total		Triglycerides	Alk.Phosphatase
*direct		Uric acid	SGOT, SGPT, GGT

5. בדיקת דם – סרולוגיה:

- A. VDRL
B. HBs, Ag, Hep. C.

6. בדיקת שתן כללית.

7. בדיקת איידס – HIV.

8. Pregnancy – β – HCG Qualitative in blood

9. אחר, לשיקולך: _____

בדיקות חסרות יעכבו את הטיפול!!!

חוות דעת הרופא חובה.

ג. מצורף טופס ויתור סודיות חתום ע"י המטופל