

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 לידיו 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:
- | | | | |
|------------|---------|----------------|-----------------|
| Urea | Glucose | Total protein: | Chlorid |
| Creatinine | | *Globulin | Sodium |
| Bilirubin | | *Albumin | Potassium |
| *total | | Cholesterol | Amylase |
| *direct | | Triglycerides | Alk.Phosphatase |
| | | 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