



יש למלא את פרטי הנבדק שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
מספר זהות: _____

שלום רב,

לשם סיום הטיפול בתיקך, הנך מתבקש/ת להעביר את הטופס המצ"ב לרופא המטפל בך לצורך דיווח על ממצאים רפואיים בעניין מחלת הכפיון.

רופא נכבד,
הנ"ל הופנה לבדיקות לצורך הערכת כשירות רפואית לנהיגה. נודה לך אם תואיל למלא את הטופס המצורף. לאור חשיבות המידע נשמח אם תוכל לפרט ככל האפשר – ניתן לצרף מסמכים במידת הצורך.

בכבוד רב,
המכון הרפואי לבטיחות בדרכים

טופס זה ימולא ע"י נזירולוג בלבד

ממצאים רפואיים – כפיון

אנמנזה ואבחנה: _____

אבחנות נוספות: _____

האם עיסוקו/ה של הנ"ל קשור בנהיגה מקצועית? כן לא

תאריך תחילת ההתקפים: _____ FOCAL GENERAL ABSENCE

תדירות ההתקפים: _____ FOCAL GENERAL ABSENCE

התקפים מתרחשים: **בשינה / ערנות / בכל עת**

תאריך התקף אחרון _____ FOCAL GENERAL ABSENCE

טיפול תרופתי:	שם התרופה	מינון	תאריך תחילת הטיפול
טיפול בעבר			
טיפול נוכחי			

רמת תרופה בדם _____ תאריך בדיקה אחרונה _____

בדיקות מיוחדות: E.E.G (בדיקה ראשונה) בתאריך _____ פענוח _____

EEG (בדיקה אחרונה) בתאריך _____ פענוח _____

MRI תאריך _____ פענוח _____

CT תאריך _____ פענוח _____

אשפוז אחרון עקב בעיה זו: מוסד אשפוז: _____ תאריך אשפוז: _____

תאריך: _____ שם הרופא המטפל: _____ חתימת הרופא המטפל: _____

טלפון: _____ מס' רישיון: _____ מען המרפאה: _____