

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 שלך לצורך מילוי.

רופא נכבד,

הנ"ל נשלח/ה לבדיקות במכון לצורך מתן המלצה על כשירות רפואית לנהיגה. נודה לך אם תאות למלא את הטופס המצורף.

בכבוד רב,

מנהל המכון

ממצאים רפואיים - סוכרת

1. האם הנ"ל מטופל/ת? רק על ידך/ במרפאת סוכרת/ בשתי המרפאות במקביל
 2. כתובת מרפאת הסוכרת ושם הרופא המטפל _____
 3. כמה שנים הנ"ל סובל/ת מסוכרת? _____
 4. האם הנ"ל נמצא במעקב קבוע אצלך? כן / לא
 5. האם הנ"ל משתף/ת פעולה בכל הקשור לאיזון המחלה? כן / לא
 6. האם הסוכרת מאוזנת באופן בלתי משביע רצון / משביע רצון
 7. האם היו התקפי היפוגליקמיה המלווים במצב של חוסר שליטה עצמית או איבוד הכרה? כן / לא
 8. האם נבדקה רמת ה HbA1c? כן / לא
- תאריך בדיקה אחרונה: _____ תוצאות _____

9. האם הנ"ל מטופל/ת ע"י
 - א. דיאטה בלבד? כן / לא
 - ב. תרופות דרך הפה? כן / לא
 - ג. אינסולין? כן / לא

10. פירוט טיפול תרופתי:

שם התרופה	מינון

11. האם הנ"ל סובל/ת מסיבוכי סוכרת? פרט: _____

12. מחלות נוספות מהן סובל: _____

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____

מען המרפאה ומספר הטלפון: _____ מספר רישיון: _____