

מטופל/ת יקר/ה,

למפגש הראשון במרפאה יש להביא את הטופס שלהלן לאחר שמולא ע"י הרופא המטפל, מכתב סיכום עדכני של הרופא המטפל, רשימת תרופות עדכנית, בדיקות דם עדכניות (ספירה, כימיה ותפקודי קרישה).

דף הפניה לשירות טיפול בכאב עמיד בחולים אונקולוגים:

(ימולא על ידי הרופא המפנה)

פרטים אישיים:

שם החולה: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____

מספר טלפון: _____ מספר טלפון נוסף: _____

אבחנה אונקולוגית:

תאריך אבחנה: _____ אונקולוג מטפל: _____

מוסד רפואי עיקרי: _____

רקע אונקולוגי:

(כולל: סטטוס המחלה, טיפולים כימותרפיים/ביולוגים/קרינתיים שניתנו, מה התכנית הטיפולית העדכנית)

רקע רפואי אחר:

(מחלות רקע לא אונקולוגיות מהן סובל המטופל)

מצב תפקודי:

(ECOG או הערכה תפקודית אחרת)

טיפול תרופתי קבוע: (כולל טיפול נוגד כאב)

(רשימת תרופות ומינונים)

תיאור הכאב:

(יש לתאר את הכאב בעטיו מופנה החולה למרפאה והאם סובל מכאבים אחרים)

האם החולה מטופל כימותראפית? (כן/ לא)

האם החולה עבר טיפול בקרינה? (כן/לא)

האם החולה עבר פרוצדורות פולשניות לטיפול בכאב? (כן/לא)