

## 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)