** מדינת ישראל**

 **משרד התחבורה והבטיחות בדרכים**

 **רשות הרישוי**

**טופס דיווח על ממצאים רפואיים לחולה בסוכרת מטיפוס 1 (type 1 dm - נעורים)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **ת.ז החולה** | **שם משפחה** | **שם פרטי** | **תאריך לידה** | **ישוב** |

1. **האם הנ"ל מטופל/ת ?** רק אצלך / בתחנת סכרת / בשני המקומות יחד
2. **שם הרופא המטפל בתחנת הסכרת - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **כמה שנים הנ"ל מטופל כחולה סכרת? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **האם הנ"ל מבקר/ת באופן קבוע אצלך ו/או במרפאת סכרת ?** כן / לא
5. **האם הנ"ל משתפ/ת פעולה בכל הקשור לאיזון המחלה ?** כן / לא
6. **האם הסכרת מאוזנת באופן –** משביע רצון / שאינו משביע רצון
7. **האם היו התקפי היפוגליקמיה המלווים במצב של חוסר שליטה עצמית ו/או איבוד הכרה במהלך השנתיים האחרונות ?** כן / לא
8. **האם נבדקת על פי הפרוטוקול רמת ה HbAlc ?** כן / לא
9. **תאריך בדיקת HbAlc אחרונה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תוצאה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
10. **האם הנ"ל מטופל/ת באמצעות א. דיאטה בלבד –**  כן / לא

 **ב. תרופות דרך הפה –** כן / לא

 **ג. אינסולין –** כן / לא

1. **אנא פרט את הטיפול התרופתי :**

|  |  |
| --- | --- |
| **שם התרופה** | **מינון יומי** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **האם הנ"ל סובל/ת מסיבוכים של המחלה ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **פרטי הרופא ממלא הטופס :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **תאריך** | **מס' רישיון רופא** | **שם ומשפחה** | **חתימה וחותמת** |