# היסטוריה בריאותית

**תאריך:**

**שם המטופל: פרטי משפחה**

**גיל ארץ לידה מצב משפחתי מס' ילדים**

**מין שנת עליה גיל הילדים**

**עדה מקצוע עיסוק דת**

**מקום מגורים קומה מעלית**

**מקור הפניה: מרפאה בה מטופל טלפון להודעות**

**מי העונה בפועל לשאלות?**

**תלונה עיקרית – Chief Complaints** : מפי המטופל

**מחלה נוכחית – Present Illness :**

* תאור כרונולוגי של הבעיה שבגללה הגיע המטופל למרפאה.

1. מתי התחילה הבעיה?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. התנאים בהם התפתחה?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. כיצד היא באה לידי ביטוי?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. כיצד טופלה?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* הסימפטום העיקרי יתואר על פי:

1. מיקום

1. איכות

1. מידת החומרה

1. תזמון (התחלה, משך, תכיפות)

1. התנאים בהם מופיע הסימפטום?

1. גורמים מחמירים או מקלים על הסימפטום

1. תופעות נלוות

כאב – יתואר עפ"י הקריטריונים שלמעלה.

* השפעת הסימפטומים על אורחות חייו של החולה

* סיבת האשפוז (מהגיליון הרפואי) –

**תולדות העבר – Past History:**

* הצהרה על מצב בריאות המטופל כפי שהוא מגדיר אותו
* מחלות ילדות

* מחלות כמבוגר

* ניתוחים

* אשפוזים

* תאונות ופציעות

* מחלות פסיכיאטריות

* אלרגיות לתרופות

למזון

* בדיקות סינון

(ליד מבחני הסינון יש לציין את התאריך בו בוצעו והתוצאות)

* סיכונים סביבתיים

* שימוש באמצעי הגנה

* פעילות גופנית

**הרגלים**

* **שינה**

כולל זמני שינה במשך היום והלילה. קשיי הרדמות, התעוררות תכופות במשך הלילה, נחירות.

* **תזונה:** 1. עצמאי 2. זקוק לעזרה 3. זונדה 4. אחר

הגבלות בתזונה, תוספות מזון

שאלות ספציפיות על הרכב התזונה היומית כולל רישום מפורט על שאלות ספציפיות על תזונה של יום האתמול. תזונה כוללת שתייה – סוג השתייה כמות.

* **אמדן אכילה:**

רגישות למזונות

תיאבון

איבוד משקל בתקופה האחרונה

העדפת מזונות

דיאטה מיוחדת

* **בעיות אכילה:**

1. רגישות בפה לא / כן
2. בעיות לעיסה לא /כן
3. הפרשות רוק נורמאלי / יובש / הפרשות יתר
4. בעיות בליעה לא / כן
5. השתנקויות לא / כן
6. הפרעות בחוש הטעם לא /כן
7. בחילות לא / כן
8. הקאות לא / כן
9. שלשול לא / כן
10. עצירות לא / כן
11. אחר
12. נדרש סיוע באכילה לא / כן
13. שיניים תותבות לא / כן (עליונות, תחתונות)
14. הופעה כללית: נורמאלי, שמן, רזה­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **תרופות:**

נוטל תרופות כן / לא

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **תרופה** | **מינון** | **דרך מתן** | **תאריך התחלה** | **תאריך הפסקה** | **תופעות לוואי** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **עישון:**

סוג העישון, כמות ליום, משך העישון, ניסיונות גמילה

* **אלכוהול, סמים:**

שאלות: כמה אלכוהול אתה שותה ביום, בשבוע, תהליכי גמילה בעבר או בהווה

**היסטוריה משפחתית Family History:**

* **מגבלות**: (סמן ופרט לפי הצורך)

**שמיעה** : לא/כן

**ראיה:** לא/כן

**בליעה:** לא/כן\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **פה:** 1. שיניים תותבות לא/כן\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 . פגיעה בריריות הפה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ניידות, תנועה:** לא/כן

**שווי משקל:** לא/כן

**מכשירי עזר אורטופדיים**: לא/כן סוג

**מחסומים תקשורתיים**: שפה

אפזיה, ליקויי דיבור, תאר:

**מצב חברתי נפשי – Psychosocial History**

* **מצב בבית ואחרים משמעותיים** - מי גר בבית, מי יכול להגיש עזרה למטופל בעת הצורך.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **סדר יום אופייני:**
* **התנהגויות בריאות – Life style \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **חלוקת תפקידים במשפחה:**
* **השפעת המחלה על תפקוד יומיומי:**
* **מערכת תמיכה:**
* **תקשורת במשפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **ידע על המחלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **תפיסות, עמדות ואמונות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **דרכי התמודדות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **השלכות כלכליות**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**