

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>	
<p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נכות



שאלון FMF לצורך הגשת תביעה לנכות

רופא/ה נכבד/ה על מנת לסייע לחולי FMF למצות את הזכויות הרפואיות בביטוח הלאומי, אנא מלא את הטופס על כל סעיפיו. כמו כן, אנא צרף כל חומר רפואי נוסף הכולל סיכום ריאומטולוג מומחה

1

פרטי המטופל

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מספר ת.ז.</p>	<p>תאריך לידה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">טלפון נייד</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">טלפון קווי במרפאה</p>	<p>שם הרופא המטפל</p>	

2

אבחון

תאריך האבחון: _____

סוג מוטציה אם ידועה: _____

פירוט האבחנה: _____

טיפול תרופתי – יש לסמן טיפול שמקבל המטופל ולפרט את מינונו ותדירותו.

קולכיצין _____

אנקירנה Anakinra _____

רילונצפט (Rilonacept) – ארקליסט (Arcalyst) _____

קאנאקינומאב (Canakinumab) – אילריס (Ilris) _____

מדללי דלקות _____

סטירואידים _____

אחר _____

בדיקות עדכניות של המטופל/ת:

ספירת דם CBC-Bomplet blood count _____

כימיה _____

מדדי דלקת (SAA, CPR, ESR, Fibrinogen) _____

בדיקות שתן כלליות ואיסוף שתן לחלבון ב-24 שעות _____

ביטויים קליניים למילוי בשיתוף עם המטפלת/ת:

ביטויים קליניים למילוי בשיתוף עם המטופלת/ת:

- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע
- _____ אין/ יש תדירות לשבוע

- התקפי חום חוזרים ונשנים:
- כאבים במעטפת הבטן: צפ-פריטונאום:
- כאבים במעטפת הראיה: צד-פלורה
- מעטפת הלב- פריקד
- מעטפת המפרק- סינביום
- תפרחת דמוית אריספילס
- תפרחת עור
- כאבי שרירים
- כאבים באשכים
- כאבי גרון חוזרים ונשנים
- כאבי ראש ודלקת מעטפת המוח

ביטויים קליניים נוספים- סיבוכים של החולה:

- עמילואידוזיס פרט _____
- חסימת מעי פרט _____
- האם ידוע על בעיות פוריות פרט _____

השפעה ממוצעת של התסמינים התפקוד היומי:

- 1.נמוכה מאד 2.נמוכה 3. בינונית 4. גבוהה 5. גבוהה מאד

עוצמת כאב ממוצעת:

- 1.נמוכה מאד 2.נמוכה 3. בינונית 4. גבוהה 5. גבוהה מאד

הערות והערכת הרופא/ה המטפלת את הפגיעה התפקודית:

תאריך _____

שם הרופא _____