

טופס אבחון ראשוני למטופל בנטורופתיה

שם: _____

מין: _____

תאריך לידה: _____

גיל: _____

גובה: _____

משקל: _____

מצב משפחתי: _____

כתובת: _____

עיסוק: _____

טלפון: _____

אימייל: _____

סוג דם: _____

הופנה ע"י: _____

תלונה עיקרית (היסטורית המחלה, סוג הבעיה, ביטויים קליניים, אופי, זמן הופעה, תדירות, מה מקל, מה מחמיר, תופעות נלוות)

תלונות משניות

צפי מהטיפול

דיאגנוזה רפואית (לצרף צילומים של בדיקות ואבחנות)

טיפולים נוספים (ברפואה מערבית, רפואה משלימה, תרופות)

היסטוריה רפואית

_____ ניתוחים

_____ אשפוזים

_____ תאונות

_____ שברים ודלקות

_____ אלרגיות (פירוט סימפטומים)

_____ תרופות / תוספי תזונה

מחלות משפחתיות (לב, אלצהיימר, מחלות אוטואימוניות, סרטן, כליות, כבד, סכרת, עצבים, יתר לחץ דם, כיס מרה)

_____ משך הזמן שסובלת

אורח חיים והרגלים

_____ צריכת סוכרים

_____ מלח

_____ תה / קפה

_____ פעילות גופנית

_____ עבודה

חשיפה לטוקסינים

_____ עישון

_____ סמים

אלכוהול _____

חשיפה לטוקסינים במקום העבודה / המגורים _____

תזונה – כללי (האם האכילה מסודרת: זמני ארוחות, סוגי מזון, כמויות מזון, המזון העיקרי המרכיב את התזונה)

ארוחות – תיאור

בוקר	ביניים	צהריים
שעה: _____	שעה: _____	שעה: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ערב _____
שעה: _____

סוג מזון שהמטופל/ת נמנע/ת ממנו לחלוטין

סוג מזון שהמטופל/ת מרבה לאכול

האם יש הפרעת אכילה ומשקל

סקירת מערכות

כללי

משך ואיכות השינה

תיאבון

כמויות וסוג שתיה (חם / קר)

הרגלי יציאות (מרקם, קשה/רך/תקין)

רמת חיוניות (אנרגיה / עייפות)

מזב נפשי _____

זיכרון _____

ריכוז _____

כאבים _____

חום / קור באזורים שונים _____

רמת סטרס _____

סקירה מערכתית

ראש צוואר

סחרחורות, כאבי ראש, התעלפויות, מגרנות, כאבי צוואר (צוואר תפוס), נשירת שיער, יובש בקרקפת.
(לציין תדירות הופעת הסימפטום. לדוגמה: כל יום, פעם בשבוע, בעונות המעבר)

מערכת לב

כאבים בחזה, דפיקות לב חזקות, הפרעות קצב, מחלות לב, לחץ דם גבוה/נמוך (לציין ערכי מדידה), כלי
דם – דליות, כולסטרול, טריגליצרידים – לציין ערכים.

מפרקים ושרירים

כאבים במפרקים, כאבים בשרירים, חולשה בשרירים, קשיי הליכה, בעיות עמוד שדרה, כאבי גב עליון, כאבי גב אמצעי, כאבי גב תחתון, מתח בכתפיים / צוואר

מערכת נשימה

שיעול כרוני, שיעול עם ליחה, שיעול עם ליחה ודם, קשיי נשימה, אסטמה, התקררויות תכופות, שפעת ריאות, ליחה – מיקום סמיכות וצבע.

עיניים

ראיה מטושטשת, קוצר ראייה, דלקות עיניים, אדמומיות בעיניים, ראית לילה חלשה.

אוזניים

דלקות אוזניים, צפצופים באוזניים, ירידה בשמיעה

אף, גרון, פה

מלאות בסינוסים, נזלת ואלרגיות, נזילות דם מהאף, כאבי גרון, צרידות, קשיי בליעה, בלוטת התריס, שינויים בחוש הטעם, שינויים בחוש הריח, פצעים בפה / באיזור הפה, פצעים על הלשון, יובש בפה, שינויים וחניכיים.

מערכת עיכול

בחילות, עצירות, שלשולים, הקאות, כאבי בטן (מיקום הכאב), גזים, התנפחות הבטן (לציין אם הופיע אחרי מזון מסוים), איבוד תיאבון, טחורים, דם בצואה, שינויים מהירים במשקל, אבנים בכיס המרה, צרבות, כבדות ועייפות אחרי האוכל (לציין אחרי איזה סוג ארוחות), דלקת וכיב במערכת העיכול, כליות ושלפוחית השתן.

עור

פריחות, אקזמה, הזעות לילה, הזעות יום תכופות, יובש בעור, גירודים.

לנשים בלבד

דלקות בווגינה, הפרשות מאיברי המין, דלקות במערכת השתן, ציסטה בשחלות, הרפס, מחלות מין, גידולים / ציסטות בחזה / בין הצלעות, מיומות, פוריות, הפלות, הפרעות בווסת (לציין סדירות, תדירות, צבע, כאב, משך דימום, עוצמת דימום), תסמונת קדם וסתית.

לגברים בלבד

כאב / גירוד באברי המין, הפרשות מאברי המין, חולשה במתן שתן, תכיפות במתן שתן, צריבה במתן שתן, דלקות במערכת השתן, בעיות פוריות, אימפוטנציה, שפיכה מוקדמת, קרי לילה, ירידה בחשק המיני, הרפס, מחלות מין, בעיות בערמונית.

רגשות

פחדים, כעסים, דיכאון, חרדות, עצב, הססנות, חוסר בטחון, בכי, מופנם, מוחצן, מתח, יציבות / חוסר יציבות, טראומות, אחר ...

לילדים

מהלך ההיריון והלידה

יניקה - כן / לא, עד איזה גיל.

חיסונים - כן / לא, איזה ומתי

העדפות / דחיות

טעם _____

צבע _____

עונות / מזג אוויר _____

שעות ביממה _____

בילוי בשעות הפנאי _____

האם יש מוכנות להכניס שינויים בהרגלי החיים והתזונה במידה וידרשו?

הצהרה:

אני הח"מ מצהיר/ה כי כל הפרטים הנ"ל נכונים ומלאים ולמיטב ידיעתי איני סובלת/ת ממחלות נוספות או סימפטומים נוספים לאלו שפורטו לעיל.

תאריך _____

שם מלא _____

חתימה _____