



שאלון הערכה לפני ניתוח בריאטרי

מטופל/ת יקר/ה,

בהתאם להוראות משרד הבריאות, מטופלים המיועדים לניתוח בריאטרי מחוייבים לעבור וועדת הערכה הכוללת פגישה עם רופא מומחה, דיאטנית קלינית ועובדת סוציאלית. מטרת השאלון היא להכיר אותך, את מצבך האישי, הבריאותי, הנפשי ואת הרגלי האכילה שלך, וזאת על מנת להתאים עבורך את הטיפול הטוב והמתאים ביתר לפני ואחרי הניתוח. אנא השתדלי/י לענות על השאלון בפרוט מרבי על מנת שנוכל להכיר אותך. השאלון חסוי ומיועד לשימוש הוועדה בלבד. תודה על שיתוף הפעולה.

חלק א' - פרטים אישיים

| | | |
|--|--|-------------|
| שם משפחה: | שם פרטי: | תאריך לידה: |
| ת.ז.: | מצב משפחתי: | מס' ילדים: |
| השכלה: | שרות צבאי / לאומי: כן / חלקי / לא - פרט: | |
| טל. בבית: | טל. נייד: | טל. נוסף: |
| כתובת מלאה: | דוא"ל: | |
| ארץ לידה: | שנת עלייה: | קופ"ח: |
| מועמד לניתוח מסוג: טבעת / שרוול / מעקף קיבה / מעקף תריסריון / מיני מעקף קיבה / לא ידוע | | |
| שם הכירוג (אם יש): | תאריך לניתוח (אם נקבע): | |

חלק ב' - הסטוריה רפואית

| | |
|--|-------------------------------------|
| בריאה/ בדרך כלל: | טוב מאוד ← 5 4 3 2 1 ← ירוד מאוד |
| רמת אנרגיה כללית: | גבוהה מאוד ← 5 4 3 2 1 ← נמוכה מאוד |
| מצב רוח כללי: | טוב מאוד ← 5 4 3 2 1 ← ירוד מאוד |
| האם היית בוועדה לקראת ניתוח בריאטרי במקום אחר? | כן / לא |
| סוכרת | כן / לא |
| האם נוטלת/ אינסולין? | כן / לא |
| יתר לחץ דם | כן / לא |
| דום נשימה בשינה | כן / לא |

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

| | | |
|---|-----------|---------|
| שומנים בדם | כן / לא | תרופות: |
| כבד שומני | כן / לא | תרופות: |
| אי-ספיקת לב | כן / לא | תרופות: |
| מחלות לב וכלי דם | כן / לא | תרופות: |
| ריפלוקס | כן / לא | תרופות: |
| אסטמה | כן / לא | תרופות: |
| מחלת ריאות כרונית (COPD) | כן / לא | תרופות: |
| לנשים עד גיל 45 בלבד: מחזור לא סדיר | כן / לא | תרופות: |
| לנשים עד גיל 45 בלבד: בעיות פוריות | כן / לא | תרופות: |
| האם הינך סובל/ת מבעיה בריאותית אחרת? | כן / לא | |
| האם הינך נוטל/ת תרופות נוספות? | כן / לא | |
| האם יש תרופות שהרופא ממליץ לך לקחת ואינך לוקח/ת | כן / לא | |
| שימוש בסמים / אלכוהול / עישון | כן / לא | פרט/י: |
| האם הינך נוחר/ת בקול? | | |
| האם הינך סובל/ת מכאבי פרקים / גב קשים? | | |
| האם הינך מבצע פעילות גופנית? | | |
| מספר הקומות לטיפולם ללא צורך בעצירה | 1 2 3 4 5 | |

ארועי עבר

| | | | |
|------------------------------|----------|---------|--|
| האם עברת ניתוח בריאתרי בעבר: | כן / לא | שנה: | מסוג: |
| שבץ: כן / לא | התקף לב: | כן / לא | צנתור כללי טיפולי או ניתוח מעקפים: כן / לא |
| Venous Thromboembolism: | | כן / לא | החלפת מפרק ירך / ברך: כן / לא |

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

חלק ג' - רקע נפשי

| | |
|---|----------------|
| האם את/ה מטופל/ת או טופלת בעבר על רקע נפשי? | |
| כן / לא | פירוט התרופות: |
| האם הינך נוטל/ת או נטלת תרופות פסיכיאטריות? (כולל תרופות מייצבות מצב רוח הניתנות ע"י רופא משפחה) | |
| האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מדיכאון / חרדה / PTSD | |
| כן / לא | פרט/י: |
| האם היית בעבר או כעת בטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי? לא / כן | |
| האם יש גורם תמיכה רגשי שאת/ה בקשר איתו בתקופה האחרונה (מאמן, מטפל וכד')? לא / כן | |

חלק ד' - היבטים פסיכו סוציאליים

| | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|-----------|--------|---|--------|------|-----------------|--|
| 1. האם עבדת בעבודה קבועה בחמש השנים האחרונות? כן / לא | | | | | | | | | |
| 2. עם מי את/ה מתגורר/ת? | | | | | | | | | |
| 3. מי מלבדך יודע על הניתוח המתוכנן? | | | | | | | | | |
| 4. האם האנשים המשמעותיים בחייך תומכים בבצוע הניתוח? | | | | | | | | | |
| 5. האם בתקופה האחרונה היית במצב דחק מיוחד (לחץ, סטרס)? כן / לא | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6. איך היית מדרג את מידת המתח שלך כיום בין 1 (אין מתח) ל- 5 (מצוקה בלתי נסבלת)? | | | | |
| 7. מהו מקור המתח העיקרי? | | משפחה | מצב כלכלי | בריאות | עבודה | חברה | אחר: | | |
| 8. כמה זמן במהלך היום את/ה מוצא/ת עצמך חושב/ת על אוכל או הכנת מזון (באחוזים)? | | | | | | | | | |
| א. מעט מאוד - פחות מ- 10% | | ב. 25% | | ג. 50% | | ד. 75% | | ה. רוב היום 90% | |
| 9. מנסיונך, האם ויתור על אוכל גורם לך למצב רוח רע / דיכאון / מתח? כן / לא | | | | | | | | | |
| 10. באיזה מידה אתה חווה אירועים של אובדן שליטה באכילה? | | | | | | | | | |
| א. ברוב הזמן | | ב. בחלק מהזמן | | | ג. לעיתים רחוקות | | | | |

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

חלק ה' - היבטים תזונתיים

היסטוריה של ההשמנה

מי עוד במשפחתך סובל מעודף משקל?

באיזה גיל התחלת להשמין?

למה לדעתך התחלת להשמין?

מהו המשקל הגבוה ביותר שאליו הגעת?

מהו המשקל הנמוך ביותר שבו היית כאדם מבוגר?

למה לדעתך הינך סובל כיום מעודף משקל?

האם סבלת בעבר או בהווה מהפרעות אכילה?

האם סבלת בעבר או בהווה בולמוסים / הקאות יזומות?

1. הרגלי אכילה

האם הינך צמחונית/ת | טבעונית/ת | נמנע/ת ממאכלים מסוימים? פרטי/:

האם את/ה אוכלת/ת ארוחות מסודרות? כן / לא אילו ארוחות?

כמה פעמים ביום את/ה אוכלת/ת שלא במסגרת ארוחה (נישנושים / ממתקים / פירות)?

האם לדעתך הכמויות שהינך אוכלת/ת בארוחות, גדולות או רגילות?

האם את/ה אוכלת/ת יותר מצלחת אחת מלאה בארוחה?

מהי הארוחה העיקרית שלך במהלך היום?

האם את/ה שותה שתייה מתוקה? כן / לא כמה כוסות ביום?

האם את/ה שותה שתייה מוגזת? כן / לא כמה כוסות ביום?

האם את/ה נוהג לנשנש מזל הפלוויזיה / המחשב?

האם את/ה קם לאכול בלילה?

מה מניע אותך לאכול (רעב / שעמום / עצבים / שמחה / תסכול וכד')?

כמה פעמים בשבוע את/ה נוהגת לאכול בחוץ?

האם את/ה מבלה הרבה באירועים חברתיים הקשורים באוכל? כמה פעמים בחודש?

2. התמדה בדיאטה

האם ביצעת דיאטה ב 5 שנים האחרונות? כן / לא באיזו מסגרת?

מה היה משקלך ההתחלתי? כמה ירדת במשקל?

האם וכמה זמן שמרת על משקל חדש? מהו המשקל הגדול ביותר שירדת בדיאטה? לפני כמה שנים?

האם נפגשת עם דיאטנית בשנה האחרונה? כן / לא

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

| | |
|-------------------------------|---|
| 3. ידע וציפיות מהניתוח | |
| | לאיזה משקל את/ה מצפה לרדת בעקבות הניתוח? |
| | למה החלטת לבצע ניתוח קיצור קיבה דווקא עכשיו? |
| | האם יש דברים נוספים שהינך רוצה לדעת על הניתוח? |
| | למה החלטת לעשות ניתוח עכשיו? |
| 4. מסוגלות לשינוי | |
| | האם התחלת הכנה אצל דיאטנית לקראת הניתוח? כן / לא |
| | מה לדעתך תצטרך לשנות בהרגלי האכילה שלך לאחר הניתוח? |
| כמה? | האם נתבקשת לרדת במשקל לפני הניתוח? כן / לא |
| | האם נתבקשת לשמור על דיאטה דלת פחמימות לפני הניתוח? כן / לא |
| | האם התחלת כבר לשמור על דיאטה זו? |
| | מכיוון שלאחר הניתוח תצטרך לעשות שינויים רבים הדורשים מאמץ ואינם מושפעים ישירות מביצוע הניתוח - הקפץ/י בעיגול אילו מבין השינויים הבאים כדאי לדעתך לשנות כבר לפני הניתוח: |
| 1. | הפסקת שתיית משקאות מוגזים. |
| 2. | הפסקת שתיית משקאות מתוקים. |
| 3. | פעילות גופנית (אפילו 5 דקות ביום). |
| 4. | לאכול יותר מסודר. |
| 5. | נטילת ויטמינים במידת הצורך. |
| 6. | הפחתת צריכת ממתקים. |
| 7. | אין צורך לבצע שום שינוי לפני הניתוח, אשנה כל מה שצריך לאחר הניתוח. |