

מועמד/ת יקר/ה,

אנו מודים לך על פנייתך למרכז הרב תחומי לטיפול במחלות ההשמנה בהרצליה מדיקל סנטר. בהתאם להוראות משרד הבריאות, מטופלים המיועדים לניתוח בריאטרי מחוייבים לעבור וועדת הערכה הכוללת פגישה עם רופא מומחה, דיאטנית קלינית ועובדת סוציאלית או פסיכולוג. חוות דעתם, הבדיקות הרפואיות שתציגי/י, ומכלול המידע בתיק, יבחן בוועדה על מנת לקבוע את מידת התאמתך לניתוח. צוות המומחים יספק לך את כלל ההסברים הנדרשים והמידע החיוני שעליך לדעת לגבי ההליך הניתוחי והשלכתו על מכלול תחומים: בריאותי, תזונתי, התנהגותי ורגשי.

חשוב מאוד להגיע לניתוח מוכנים פיזית ונפשית.

הכנה לוועדה:

- נא ליצור עימנו קשר בהקדם בטלפון: 09-9731420/1.
- מצורפת רשימת הבדיקות הרפואיות שעליך לבצע ושאלון אישי שיש למלא ולשלוח אלינו בהקדם באמצעות אתר האינטרנט בכתובת: <https://u.hmc.co.il/bariatricforms> או באמצעות הפקס: 09-9731430 או (אין צורך לחכות לכל הבדיקות).

שימו לב: לא ניתן לגשת לוועדה ללא הבדיקות והשאלון האישי

המרכז הרב תחומי לטיפול במחלות ההשמנה בבית החולים הרצליה מדיקל סנטר עומד לרשותכם. במרכז פועל צוות מומחים רב תחומי, המעניק למנותחים מעטפת טיפולית איכותית וליווי צמוד לפני, במהלך ולאחר הניתוח. אנו פועלים לסייע לך להשיג את התוצאות הטובות ביותר ולא פחות חשוב - לשמור עליהן לאורך זמן.

אנו עומדים לרשותכם בכל שאלה, בירור או בקשה למידע בטלפון: 09-9731420/1

מאחלים לך הצלחה רבה ובריאות מלאה,
צוות המרכז הרב תחומי לטיפול במחלות ההשמנה
הרצליה מדיקל סנטר

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

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 ביותר לפני ואחרי הניתוח.

אנא השתדל/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 הכירורג (אם יש):	תאריך לניתוח (אם נקבע):	

חלק ב' - הסטוריה רפואית

בריאה/ה 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 נומל/ת 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:
ריפולקס	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 סובלת/מבעיה בריאותית אחרת?	כן / לא	
האם הינך נוטלת/תרופות נוספות?	כן / לא	
האם יש תרופות שהרופא ממליץ לך לקחת ואינך לוקחת	כן / לא	
שימוש בסמים / אלכוהול / עישון	כן / לא	פרט/:
האם הינך נוחר/ת בקול?		
האם הינך סובלת/מכאבי פרקים / גב קשים?		
האם הינך מבצע פעילות גופנית?		
מספר הקומות לטיפול ללא צורך בעצירה	1 2 3 4 5	

ארועי עבר

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

חלק ג' - רקע נפשי

האם את/ה מטופלת/ת או טופלת בעבר על רקע נפשי?	
האם הינך נוטלת/ת או נטלת תרופות פסיכיאטריות (כולל תרופות מייצבות מצב רוח הניתנות ע"י רופא משפחה)	כן / לא
האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מדינאון / חרדה / PTSD	כן / לא
האם הינך סובלת/ת או סבלת בעבר מבעיות נפשיות אחרות?	כן / לא
האם היית בעבר או נעת בטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי?	כן / לא
האם יש גורם תמיכה רגשי שאת/ה בקשר איתו בתקופה האחרונה (מאמן, מטפל וכד')?	כן / לא

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

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 מוצאת/ת עצמך חושבת/ת על אוכל או הכנת מזון (באחוזים)?
					א. מעט מאוד - פחות מ- 10% ב. 25% ג. 50% ד. 75% ה. רוב היום 90%
					9. מנסיוןך, 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
					11. להלן שאלון קצר המיועד לסייע לנו להבין את מידת מצב רוחך והשפעתו על פעילותך היומיומית, נא להתייחס לשבועיים האחרונים ולנסות להמחיש באיזו תדירות היית מוטרד/ת מכל סעיף המצויין:

כמעט כל יום	יותר ממחצית הימים	מס' ימים	כלל לא	
3	2	1	0	עניין או הנאה מועטים מעשיית דברים
3	2	1	0	תחושת דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה
3	2	1	0	קשיים בהירדמות או בשינה רציפה, או עודף שינה
3	2	1	0	תחושה של עייפות או אנרגיה מועטה
3	2	1	0	תיאבון מועט או אכילת יתר
3	2	1	0	מרגיש רע לגבי עצמך - מרגיש שאתה כישלון או שאכזבת את עצמך או את משפחתך
3	2	1	0	קושי להתרכז בדברים, כמו קריאת עיתון או צפייה בטלוויזיה
3	2	1	0	היית חסר אנרגיה ואיטי בתנועותיך או דיבורך עד כי אחרים הבחינו בכך? או להיפך: חסר שקט ומנוחה כך שהיית צריך לזוז יותר מהרגיל
3	2	1	0	מחשבות שהיה עדיף לו היית מת או רצון לפגוע בעצמך בדרך כלשהי
סה"כ ניקוד:				

12. במידה וסימנת בסעיף מסוים כי היית מוטרד/ת, חשוב להתייחס עד כמה חשת בקשיים בתחומים הבאים:

קשה מאוד	קשה למדי	קושי מסוים	כלל לא קשה	
				עבודה
				תפקוד בבית
				קשרים חברתיים

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 / טבעונית / 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 מול הטלוויזיה / המחשב?

האם את/ה קם לאכול בלילה?

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

כמה פעמים בשבוע את/ה נוהגת/ת 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?
	האם נתבקשת לרדת במשקל לפני הניתוח? כן / לא כמה?
	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 - הקפ/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.



רשימת הבדיקות שיש לבצע לפני הגיעך לזועדה

- מכתב הפנייה לרפואה יועצת חתום ע"י רופא משפחה, הכולל משקל וגובה עדכני לחודש אחרון.
- מכתב דיאטנית בקהילה לאחר 6 מפגשים, יש לציין פירוט ניסיונות קודמים לירידה במשקל (למלא טופס מצורף הערכת דיאטנית בקהילה).
- U.S בטן עליונה.
- צילום ושט, קיבה, תריסריון (בליעת בריום) או גסטרוסקופיה.
- תפקודי ריאה - רק לחולים אסמטיים או מעשנים.
- מבחן מאמץ - לסכרתיים ו/או מטופלים עם אקו לב לא תקין ו/או עם גורמי סיכון.
- אקו לב - לסכרתיים ו/או מטופלים מעל גיל 40.
- הערכה פסיכיאטרית - למטופלים ע"י פסיכיאטר / פסיכולוג או מטופלים הנוטלים תרופות לטיפול בהפרעות נפשיות ודיכאון.
- צילום חזה.
- אק"ג.

בדיקות דם עדכניות לחודשיים אחרונים:

- ספירת דם
- IRON
- ויטמין D
- תפקודי קרישה (כולל PT, PT-INR, PTT, USV)
- FERRITIN
- PTH
- פרופיל ליפידים
- חומצה פולית
- תפקודי בלוטת התריס
- B12
- A1C
- ביוכימיה

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך



תאריך:

שאלון תזונה - דיאטנית בקהילה

ת.ז.:

שם:

נתונים כלליים:

גיל:

מצב משפחתי:

תעסוקה:

משקל:

גובה:

BMI:

ניסיון בדיאטות:

כמה זמן המטופל/ת מוכר/ת לך?

כמה מפגשים עם דיאטנית מתועדים במחשב בקופה?

השנים בהם בוצעו המפגשים?

לפני כמה שנים?

סוג הדיאטה?

ירידה מקסימלית בדיאטה? (ק"ג)

(יש לציין אם מידע זה התקבל מהמטופל/ת או מידע מהתיק הרפואי)

זמן ההתמדה הארוך ביותר בדיאטה?

איזו דיאטה הייתה הכי אפקטיבית ומדוע?

מהי סיבת הכשלון בדיאטות לדעת המטופל/ת?

הרגלי אכילה בעיתיים לדעת המטופל/ת?

אם כן - פרט/י:

כן / לא האם המטופל/ת הגיע/ה לצורך הכנה לניתוח?

משקל סופי:

משקל התחלת:

תדירות המפגשים:

מספר המפגשים:

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

שינוי הרגלים בהם התמקדתם בתקופת ההכנה לניתוח:

<input type="radio"/>	הפסקת שתיה תוססת	<input type="radio"/>	הפרדת שתיה מאכילה
<input type="radio"/>	הפסקת נישנושים בין הארוחות	<input type="radio"/>	דיאטה דלת פחמימות
<input type="radio"/>	הפסקת נישנושים בשעות הערב	<input type="radio"/>	לעיסה איטית
<input type="radio"/>	הקפדה על _____ ארוחות מסודרות	<input type="radio"/>	אחר:
<input type="radio"/>	אחר:		

מהי להערכתך יכולת המטופל/ת לבצע את שינוי ההרגלים? גבוהה / בינונית / נמוכה

מה לדעתך מקשה על המטפל לבצע את השינוי?

במבלה הבאה יש לפרט את כל סוגי הדיאטות שביצע המטופל/ת (עבור כל ניסיון בדיאטה יש למלא בנפרד גם אם הדיאטה הייתה זהה):

סיבת הפסקה / כשלון הערות	זמן שמירה על משקל שהושג	ירידה מקסימלית במשקל	לפני כמה זמן או באיזה גיל	זמן התמדה ותדירות מפגשים	סוג הדיאטה (מבוקרת / כסאח)

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

ניתוח בריאטרי:

שנה:	לא / SRVG / LAGB / SG / VBG	ניתוח בריאטרי קודם:	משקל לפני הניתוח:
האם היה במעקב דיאטנית? כן / לא	משקל מינמלי לאחר הניתוח:		
האם מבצע / ביצע פעילות גופנית?			
כמה זמן לאחר הניתוח התחילה העליה במשקל ומדוע?			
סיבת הכישלון לדעת המטופל/ת:			
סיבת הכישלון לדעת הדיאטנית:			
איזה ניתוח המטופל/ת רוצה לעבור ומדוע?			
לפי התרשמותך, מה רמת הידע של המטופל/ת על הניתוח? גבוהה / בינונית / נמוכה			

בדיקות דם לויטמינים ומינרלים:

ויטמין D:	חומצה פולית:	המוגלובין:	פריטין:	ברזל:	B12:
				אחר:	PTH:
האם נחת למטופל/ת המלצה ליטול ויטמינים? כן / לא, פרטי					
האם המטופל/ת התחילה ליטול תוספי ויטמינים? כן / לא					
האם המלצת לחזור על בדיקת דם? כן / לא, פרטי					

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך

התרשמות הדיאטנית (ניתן להוסיף נימוק):

ניסיון בדיאטה	גבוה	בינוני	נמוך	ללא	נימוק:
התמדה בדיאטה	גבוה	בינוני	נמוך	ללא	נימוק:
שיתוף פעולה	גבוה	בינוני	נמוך	ללא	נימוק:
יצירת קשר	נעים	מתוח	מתנגד	חשדני	נימוק:
מתן מידע	מפורט	תמציתי וענייני	לאקוני	קושי ניכר	נימוק:

שם הדיאטנית:	תאריך:	חתימה וחותמת:
--------------	--------	---------------

מחוייבים באופן אישי לבריאות שלך