

שאלון למילוי עצמי לפני ניתוח בריאטרי

תאריך: _____

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ משפחה: _____ ת"ז: _____
 מין: _____ תאריך לידה: _____
 מצב משפחתי: רווק/רווקה / נשוי/נשואה / גרוש/גרושה / אלמן/אלמנה ילדים (מספר וגילים): _____
 השכלה: מס' שנות לימוד _____ תעודות/תארים: _____
 תעסוקה: עצמאית / שכירה / מובטלת מקום העבודה והתפקיד: _____
 מגורים כיום: יישוב: _____ מי עוד מתגורר בבית (הורים/בני זוג/ילדים/אחר): _____
 גורם מפנה: שם: _____ תפקיד: _____ מרפאה: _____ פרטי התקשרות: _____

תולדות הבעיה:

מתי החלה השמנה (שנה/תקופה): _____
 אירועי חיים הקשורים בתנודות במשקל (בילדות/בהתבגרות/בבגרות) יש לציין שנה ואירוע:

השמנה במשפחת המקור - נא לסמן ולפרט אם זו קיימת:

• כן/לא פירוט: _____

דפוסי אכילה כיום - נא לסמן ולפרט אם קיימים דפוסי מסוימים:

- סדר הארוחות: _____
- אכילה לילית: כן/לא פירוט: _____
- אכילה התקפית: כן/לא פירוט: _____
- צומות: כן/לא פירוט: _____
- שימוש במשלשלים: כן/לא פירוט: _____
- הקאות: כן/לא פירוט: _____
- בולימיה נברוזה: כן/לא פירוט: _____
- אנורקסיה בעבר: כן/לא פירוט: _____

הנאה בהקשר לאוכל - אנא פרטו:

- עבודה בתחום: כן/לא פירוט: _____
- אירוח: כן/לא פירוט: _____
- בישול: כן/לא פירוט: _____
- בילויים: כן/לא פירוט: _____

רקע אישי / משפחתי / רפואי:

רקע חינוכי - יש לציין שנות הלימוד ושמות המסגרות החינוכיות יסודי/חט"ב/תיכון/על-יסודי:

יסודי: _____ חטיבת ביניים: _____

תיכון (כולל שנ"ל והאם יש תעודת בגרות): _____

על-יסודי (מכללה/אוניברסיטה/אחר): _____

רקע תעסוקתי - יש לציין שנים ומקומות עבודה, פיטורין/אבטלה, המצב הנוכחי:

שירות צבאי: כן/לא/שירות לאומי מספר שנים: _____ תפקיד בשחרור: _____

קשרים משפחתיים:

משפחת המקור: הורים / אחים / קשר כיום: _____

המשפחה הנוכחית: זוגיות/ילדים/עם מי מתגוררים/האווירה המשפחתית:

שעות הפנאי: תחביבים/עיסוקים אחרים/מפגשים חברתיים. יש לציין את התדירות ואת השותפים לעיסוק:

דפוסי שינה - יש לסמן ולפרט:

- משך השינה ואיכותה: _____
- קושי בהירדמות: כן/לא פירוט: _____
- יקיצות במהלך הלילה: כן/לא פירוט: _____
- קשר בין שינויי המשקל לאיכות השינה: כן/לא פירוט: _____

משברים/אובדנים/טראומה/פגיעה מאלימות/משברי חיים אחרים - יש לציין שנים ותיאור קצר:

גורמי מתח נוספים - יש לסמן ולפרט לפי הצורך שנה ומידע נוסף:

- פיטורין/אבטלה: _____
- גירושין/פרידה: _____
- אובדן: _____
- מחלה/אשפוז בחצי השנה האחרונה אצל אנשים משמעותיים: _____
- כאב כרוני: _____
- לידה: _____

רקע רפואי – יש לציין מצב בריאותי, תרופות קבועות, מחלות כרוניות, ניתוחים, מידע רלוונטי אחר:

טיפולים קודמים - רפואיים/פסיכולוגיים/עובד/ת/סוציאלי/ת/תזונתיים/אחרים - יש לציין שנים וסוג הטיפול:

שימוש בחומרים ובמשככי כאבים - נא לציין את תדירות השימוש ואת הכמויות:

- אלכוהול: כן/לא פירוט: _____
- משככי כאבים: כן/לא פירוט: _____
- סמים כולל קנאביס רפואי: כן/לא פירוט: _____

גורמי תמיכה - יש לציין את מידת זמינותם ואת מידת תמיכתם או התנגדותם לניתוח:

- בן או בת זוג: _____
- המשפחה הגרעינית: _____
- המשפחה המורחבת: _____
- חברים: ++ _____
- מי יוכל לעזור בפועל במקרה של סיבוך או של אשפוז: _____