**טופס אישור רפואי לצורך קביעת התאמות – מגבלה אורטופדית**

 תאריך \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
**חלק א' למילוי ע"י הסטודנט\ית:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר ת.ז:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת מייל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חוג לימודים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ויתור סודיות:**

אני הח"מ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, נותן בזאת לד"ר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
למסור למרכז תמיכה אופק במכללה האקדמית להנדסה ירושלים, ,את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.

אני משחרר\ת את ד"ר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ואת מרכז תמיכה אופק משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**חלק ב' למילוי ע"י הרופא\ה המטפל\ת :**מטפל/ת , רופא/ה יקר/ה שלום,
המידע בטופס זה משמש לצורך קבלת החלטה בדבר מתן התאמות בתנאי בחינה. אנא הפעל\י שיקול דעת במילוי הטופס, וכתב\י בכתב יד קריא ככל האפשר. תודה.

**אבחנה (אנא כתב\י אבחנה ספציפית וברורה):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אלו בדיקות נערכו לצורך קביעת אבחנה זו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש מגבלה בתפקוד?
קונטראינדיקציה לכתיבה ידנית\ קונטראינדיקציה להקלדה על מחשב\ קושי בישיבה ממושכת

אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

לכמה זמן קיימת מגבלה בתפקוד? שבועיים \ חודש \ שלושה חודשים \ שנה\ כרוני

האם נערכה פרוצדורה ניתוחית? כן\ לא , בתאריך: \_\_\\_\_\\_\_

איזה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ניתן טיפול תרופתי? לא\ משככי כאבים\ תרופות אנטי דלקתיות, אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ניתנה הפנייה לטיפול ריפוי בעיסוק? כן\ לא \*\* )נא לצרף סיכום טיפול והמלצות ריפוי בעיסוק(

מספר טיפולים: \_\_\_\_\_\_\_ תאריכי קבלת הטיפולים \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ -

האם הוכן סד? כן\ לא

האם ניתנה הפנייה לטיפול פיזיותרפיה? כן\ לא )\*\* נא לצרף סיכום טיפול והמלצות פיזיותרפיה(

מספר טיפולים: \_\_\_\_\_\_\_ תאריכי קבלת הטיפולים \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_ -

המלצה להתאמות בתנאי בחינה:

 הארכת זמן

 כתיבה בעזרת מחשב

 שימוש באביזרי עזר: כרית תמיכה\ ריפוד\ אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 התאמת תנאי הושבה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

נמק את המלצתך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הערות נוספות : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:**

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חותמת וחתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אמצעים ליצירת קשר לשם בירור נוסף:**
מעיין מרק שבו, רכזת נגישות וטכנולוגיות מסייעות
02-6588066
maayanmr@jce.ac.il
אייל קורן, יועץ המכללה וראש מדור לקידום הסטודנט
02-6588031
eyalkr@jce.ac.il