שם הילד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד הרופא המטפל.

**המכון שייך למשרד הבריאות ובשלב זה אין לנו היכולת לעיין בהיסטוריה הרפואית של הילד. חובה להגיע עם היסטוריה מפורטת של בירור שנעשה בעבר כדי להימנע בבירור נוסף מיותר.**

להלן **בדיקות משלימות הנדרשות לאבחון** במידה וטרם בוצעו:

\*כל בדיקה מסומנת יש לשלוח תוצאה, במידה ולא נעשתה עד כה יש להשלים טרם ההגעה לביקור במכון.

|  |
| --- |
| **בדיקות מעבדה** |
|  | בדיקה: | קוד קו"ח | קוד משר"ב |
|  | תד"ש |  |  |
|  | כמיה+ת כבד |  |  |
|  | cpk |  |  |
|  | רמת ברזל |  |  |
|  | כולסטרול |  |  |
|  | TSH T3 T4 |  |  |
|  | לקטט |  |  |
|  | PH ורידי |  |  |
|  | רמות תרופה |  |  |
|  | B12 חומצה פולית |  |  |
|  | אמוניה |  |  |
|  | בדיקת ראיה |  |  |
|  | בדיקת שמיעה |  |  |
|  | עקומת משקל גובה והיקף ראש |  |  |
|  | דוח אחרון טיפת חלב |  |  |
|  |  |  |  |

**תיעוד בדיקות וייעוציים שבוצעו בעבר:**

יש לציין לצרף תוצאות מעבדה, הדמיה, סיכומי יועצים ובדיקות אחרות המפורטים להלן שבוצעו בכדי להימנע מבדיקות והפניות כפולות, ולייעל את תהליך האבחון:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| בוצע | הדמיה | בוצע | יועצים | בוצע | אחרים |
| כן | לא |  | כן | לא |  | כן | לא |  |
|  |  | MRI מח |  |  | עיניים |  |  | שמיעה |
|  |  | MRI מוח עם ספקטרוסקופיה |  |  | מטבולי |  |  | BERA |
|  |  | MRI עמ"ש |  |  | קרדיולוגי |  |  | EEG |
|  |  | CT מח |  |  | אורטופדי |  |  | VEP  |
|  |  | US מח |  |  | נוירוכירורגי |  |  | EMG/NT |
|  |  | US פרקי ירכיים |  |  | גנטיקה |  |  | ביופסית שריר |
|  |  | US עמ"ש תינוקות |  |  | דיאטנית |  |  | פיזיותרפיה |
|  |  | צילום אגן |  |  | אשפוז יום ילדים |  |  | קלינאית תקשורת |
|  |  | צילום גוגולת |  |  | גסטרו |  |  | מרפאה בעיסוק |
|  |  | גיל עצמות |  |  | ראות ילדים |  |  | פסיכולוגית |

בברכה,

דר יאיר צדקה

מנהל המכון להתפתחות הילד

משרד הבריאות,

באר שבע