

תאריך: _____

תאריך התור: _____

שעת התור: _____

שאלון מקדים לבדיקת ציסטוגרפיה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז. _____ תאריך לידה: _____ גיל: _____

טלפון בבית: _____ נייד: _____

טלפון של המרפאה/רופא המטפל _____

לכל הגילאים:

1. האם נעשתה בדיקת US/סונר לכליות? כן / לא
2. האם נעשה מיפוי כליות? כן / לא
3. האם אובחן בעבר זיהום בדרכי השתן שלו/ה בחום מעל 38 מעלות? כן / לא
4. מתי היה הזיהום האחרון? _____
5. האם אובחנה בעיה בהטלה שתן או בשליטה במתן שתן או האם קיים מום מולד בעמ"ש? כן / לא
6. האם הילד מקבל טיפול מונע? כן / לא

בילדים מעל גיל שנתיים אנו מציעים לבצע את הבדיקה תחת טישטוש.

אם ההורים מעונינים בטישטוש, נא לענות על השאלות הבאות:

1. האם אירע סיבוך כלשהוא בהרדמות בעבר? כן / לא
2. האם היו ארועים של הפסקת נשימה בשנה האחרונה? כן / לא
3. האם קיימת מחלת לב או ריאות? כן / לא
4. האם קיים פיגור שיכלי? כן / לא
5. האם ידועה אלרגיה ליוד? כן / לא

שם המזכירה: _____

בדיקה מאושרת כן / לא
רצויה סדציה? כן / לא

חתימה וחותמת רופא
