



## טופס בקשה לרישיון שימוש בקנביס רפואי

אתר משרד הבריאות

קול הבריאות 08-6268000

לתמיכה: 1-800-200-560

פורטל השירותים  
והמידע הממשלתי

מספר בקשה: 119139

\*שדה חובה מסומן בכוכבית

תאריך: 26/4/2015

### מידע כללי - פרטי המבקש (המטופל)

*שם משפחה		*שם פרטי		*מספר זהות	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
*תאריך לידה			*מין		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		
כתובת					
*מספר בית		*רחוב		*ישוב	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ת"ד		מיקוד		דירה	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
כתובת נוספת (במידה ולוונטי)					
מספר בית		רחוב		ישוב	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ת"ד		מיקוד		דירה	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
מספר טלפון נוסף			*מספר טלפון ראשי		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
*נולד בישראל			דואר אלקטרוני		
<input type="radio"/> לא <input checked="" type="radio"/> כן			<input type="text"/>		
מספר שנות השכלה		השכלה		מצב משפחתי	
<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> בחר		<input checked="" type="checkbox"/> בחר	
*קופת חולים					
<input checked="" type="checkbox"/> בחר					
עבר הדרכה			מעשן		
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		

\*טיבת הפנייה

- |  |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> שינוי נקודת חלוקה | <input type="checkbox"/> שינוע       | <input type="checkbox"/> שינוי ספק        | <input type="checkbox"/> פנייה ראשונה       |
|  | <input type="checkbox"/> שינוי מינון | <input type="checkbox"/> הפסקה            | <input type="checkbox"/> חידוש רישיון אספקה |
|  | <input type="checkbox"/> שינוי פרטים | <input type="checkbox"/> העלאת כמות אחזקה | <input type="checkbox"/> העלאת מינון        |

\*סימפטומים בגינם מבוקש הטיפול בקנביס

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> שלשולים        | <input type="checkbox"/> כאב מעורב ממקור לא סרטני | <input type="checkbox"/> כאב נוסטיפטיבי ממקור סרטני    | <input type="checkbox"/> בחילות והקאות           |
| <input type="checkbox"/> תשישות, עייפות | <input type="checkbox"/> מצב רוח ירוד             | <input type="checkbox"/> כאב מעורב ממקור סרטני         | <input type="checkbox"/> הפרעת שינה              |
| <input type="checkbox"/> חרדה           | <input type="checkbox"/> ספסטיות                  | <input type="checkbox"/> כאב נירופטי ממקור לא סרטני    | <input type="checkbox"/> ירידה במשקל             |
| <input type="checkbox"/> חוסר תאבון     | <input type="checkbox"/> רעד לא רצוני             | <input type="checkbox"/> כאב נוסטיפטיבי ממקור לא סרטני | <input type="checkbox"/> כאב נירופטי ממקור סרטני |

תופעות לוואי לטיפול

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> פסיכזה           | <input type="checkbox"/> אופוריה        | <input type="checkbox"/> ירידה במצב הרוח | <input type="checkbox"/> ללא              |
| <input type="checkbox"/> רגישות לצבע ואור | <input type="checkbox"/> בהלה           | <input type="checkbox"/> יובש בפה        | <input type="checkbox"/> אדמומיות בעיניים |
| <input type="checkbox"/> רגישות לרעש      | <input type="checkbox"/> בלבול          | <input type="checkbox"/> לחץ תוך עיני    | <input type="checkbox"/> דראליזציה        |
| <input type="checkbox"/> רעב              | <input type="checkbox"/> דיספרסונליזציה | <input type="checkbox"/> חרדה            | <input type="checkbox"/> הזיות            |
| <input type="checkbox"/> תחושת עליונות    | <input type="checkbox"/> התקפי צחוק     | <input type="checkbox"/> סחרחורת         | <input type="checkbox"/> מחשבות שואו      |
| <input type="checkbox"/> תחושת שיבוש זמן  | <input type="checkbox"/> מצב רוח מרומם  | <input type="checkbox"/> עליה במשקל      | <input type="checkbox"/> דפיקות לב        |
|   | <input type="checkbox"/> נמנום          | <input type="checkbox"/> עייפות          | <input type="checkbox"/> טשטוש ראייה      |

אבחנה בנייה נרשם קנביס

קוד אבחנה*	שם אבחנה רפואית*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

אינדיקציה לבקשה

אבחנה רפואית נוספת

קוד אבחנה	שם אבחנה רפואית
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*אבחנה פסיכיאטרית אם ישנה

קוד אבחנה פסיכיאטרית	אבחנה פסיכיאטרית	לא ידוע/לא דווח על אבחנה פסיכיאטרית
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

טיפולים

שם הטיפול הכירורגי האחרון	תאריך טיפול	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
שם הטיפול הפולשני האחרון	תאריך טיפול	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
טיפול כימותרפי/הקרנתי אחרון	מחלקה	תאריך טיפול
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

הסטוריה תרופתית לתלונה

שם התרופה	קוד התרופה		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
מינון התרופה	מספר פעמים ביום	מתאריך	עד תאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

הוספת תרופה

צורת הטיפול המבוקשת

צורת הטיפול המבוקשת*	מינון קודם שניתן (בגרם)	המינון החדש המבוקש (בגרם)
פרחים יבשים <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
שמן <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* שם הספק: על הרופא להגיש את הבקשה ללא ציון שם הספק, אלא אם ביקש המטופל במפורש ספק ספציפי.		* שינוע
<input checked="" type="checkbox"/> ע"פ החלטת משרד הבריאות		<input type="radio"/> ע"י המטופל <input type="radio"/> ע"י אדם אחר

פרטים נוספים

פרטים רפואיים נוספים

**פרטי הרופא**

<b>*מספר רישיון רופא</b>	<b>*שם משפחה רופא</b>	<b>*שם פרטי רופא</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>*טלפון לבירורים</b>	<b>*תחום התמחות</b>	<b>*מספר רישיון מומחה</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>*דואר אלקטרוני רופא</b>	<b>*מספר פקס</b>	<b>*שם מרפאה/בית חולים</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

הוסבר לחולה כי אין לנו כל מידע לגבי תופעות לוואי לטווח ארוך של שימוש בקנביס  
 הוסבר לחולה כי חל איסור חוקי לנהוג כל עוד הוא מטופל בקנביס

**\*החולה מאשר השתתפות במחקר**

לא     כן

**חתימה וחותמת**

שים לב: בקשה אשר בה החתימה או החותמת של הרופא אינן ברורות לא תתקבל

**\*צורת חתימה**

חתימה דיגיטלית     צירוף קובץ חתימה וחותמת סרוקה     ידנית

**הסבר:**  
יש להדפיס את הטופס לחתום במקום הייעודי ולשלוח את הטופס ליחידת קנביס רפואי (יק"ר) במשרד הבריאות בפקס-02-6474810

**\*חתימה וחותמת**

**למילוי ע"י החולה:**

אני מצהיר כי הפרטים לעיל הם נכונים ומלאים. אני מתחייב להגיע למעקב רפואי סדיר, אצל הרופא ששמו יפורט ברישיון ולכל הפחות אחת לרבעון, וזאת כל עוד אני מחזיק ברישיון תקף. אני מסכים שכל גורם רפואי יעביר למנהל לפי פקודת הסמים המסוכנים, ולפועלים מטעמו ובכלל זה צוות היחידה לקנביס רפואי במשרד הבריאות (היק"ר) כל מידע רלוונטי לבקשה אוזותי המצוי ברשותם. כמו כן אני מאשר למחלקה למידע והערכה במשרד הבריאות למסור כאמור מידע על אשפוזים פסיכיאטרים שעברתי, ככל שהיו.

חתימת החולה: \_\_\_\_\_