



Desert Mars Analog Ramon Station  
Ramonauts Program

סודי רפואי (לאחר מילוי)

## שאלון רפואי לרופא משפחה - תכנית גיוס והכשרת רמונאוטים

2019-2020

(נספח ג')

ימולא על ידי רופא המשפחה המטפל

ד"ר נכבד/ה,

נבקשך לבדוק את התאמתו הרפואית של מועמד/ת לתכנית גיוס והכשרת  
רמונאוטים.

תודה על שיתוף הפעולה.

### פרטי המועמד/ת

|      |     |                 |
|------|-----|-----------------|
|      |     | שם פרטי         |
|      |     | שם משפחה        |
| נקבה | זכר | מין             |
|      |     | מספר תעודת זהות |
|      |     | תאריך לידה      |
|      |     | שם האב          |



סודי רפואי (לאחר מילוי)

מתוך היכרותי את המועמד/ת ולאחר בדיקה בתיקו/ה הרפואי מצאתי שהנ"ל סובל/ת או סבל/ה בעבר מהמחלות הבאות: בבקשה לסמן X במשבצות המתאימות ולהוסיף פרוט בהתאם לצורך.

| מחלה          | לא | כן | פרוט |
|---------------|----|----|------|
| לב            |    |    |      |
| ריאות         |    |    |      |
| נירולוגית     |    |    |      |
| המטולוגית     |    |    |      |
| עיניים        |    |    |      |
| אף אוזן גרון  |    |    |      |
| יתר לחץ דם    |    |    |      |
| סינקופה       |    |    |      |
| לחץ דם נמוך   |    |    |      |
| דרכי עיכול    |    |    |      |
| מפרקים        |    |    |      |
| אורתופדית     |    |    |      |
| שברים         |    |    |      |
| ממאירות       |    |    |      |
| הפרעות נפשיות |    |    |      |
| סמים          |    |    |      |
| אלכוהול       |    |    |      |



סודי רפואי (לאחר מילוי)

| מחלה                 | לא | כן | פרוט |
|----------------------|----|----|------|
| אנדוקרינית כולל סכרת |    |    |      |

|                    | לא | כן | פרוט |
|--------------------|----|----|------|
| רגישות לתרופות     |    |    |      |
| רגישות למזונות     |    |    |      |
| רגישות יתר לעקיצות |    |    |      |
| רגישות לחומרים     |    |    |      |
| האם עברת ניתוחים?  |    |    |      |
| האם עברת צנתורים?  |    |    |      |
| תרופות קבועות      |    |    |      |

אני, הח"מ, \_\_\_\_\_, מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים, נכונים ומדויקים.

תאריך: \_\_\_\_\_

ד"ר: \_\_\_\_\_

מספר רישיון: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

(חותמת)