

טופס בקשה לקבלת רישיון לשימוש בקנאביס רפואי

1. המחלה (אבחנה) העיקרית בגינה נרשם הקנאביס:

1. סרטן
2. קרוהן
3. HIV
4. כאב נירופטי לא על רקע סרטן
5. MS (טרשת נפוצה)
6. PTSD
7. אחר: _____
8. אחר: _____

2. הטיפול בקנאביס נדרש בשל התלונה/ות העיקרית/יות הבאה/ות:

1. כאב:
 - א. נירופטי
 - ב. נוסיפטבי
 - ג. מעורבמיקום הכאב: _____
2. בחילה/הקאה
3. תשישות, עייפות
4. חוסר תיאבון
5. ירידה במשקל
6. מצב רוח רע (דיכאון)
7. חרדה
8. אי שקט
9. התכווצויות
01. חוסר יכולת לישון
11. אחר: _____
21. אחר: _____

3. אבחנות רפואיות נוספות:

1. גלאוקומה
2. יתר לחץ דם
3. סוכרת
4. דיסליפידמיה
5. אסטמה
6. מחלת לב איסכמית
7. פרקינסון
8. דיכאון כעת או בעבר
9. פסיכזה כעת או בעבר
01. הפרעה דו קוטבית
11. אשפוז פסיכיאטרי בעבר
21. שימוש בסמים כעת או בעבר
31. אחר: _____

פרטי המטופל:

תאריך בקשה: ____/____/____

תז: ____ - ____/____/____/____/____/____/____/____

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

כתובת מגורים: _____

ישוב מגורים: _____ מיקוד: _____

טלפון 1: _____

טלפון 2: _____

מין: 1. זכר 2. נקבה

תאריך לידה: ____/____/____

ארץ לידה: 1. ישראל 2. אחר: _____

שנת עליה: _____

קופת חולים: 1. כללית 2. מכבי 3. מאוחדת 4. לאומית
5. משהב"ט

מרפאה בקהילה: _____

מצב משפחתי: 1. נשוי 2. רווק 3. גרוש/פרוד 4. אלמן

השכלה: שנים _____

מעשן: 1. כן 2. לא

ניסיון קודם בקנאביס: 1. כן 2. לא

7. צורת הטיפול המבוקשת:

1. עישון
2. שמן
3. בליעה
4. אידוי

8. פרטי הרופא המבקש:

שם _____
מרפאה: _____
כתובת המרפאה: _____
טלפון: _____
דוא"ל: _____

9. מומחיות:

1. אונקולוג
2. רופא משפחה
3. נירולוג
4. פסיכיאטר
5. גסטרואנטרולוג
6. רופא ראות
7. מרפאת כאב
8. גריאטר
9. אחר _____

01. מספר רישיון: _____

11. מספר רישיון מומחה: _____

21. חתימת הרופא (+חותמת):

הנני מסכים שצוות מחקר יצור איתי קשר
למעקב אחרי הטיפול שלי בקנביס רפואי

חתימת החולה:

4. ציין טיפול נוכחי לתלונה בגינה נדרש הקנביס (כולל מינונים):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. טיפולים שנסו בעבר (תרופתי ולא תרופתי) בטיפול תרופתי ציין עד איזה מינון מקסימאלי:

1. אופיאידים: _____
2. נגדי דיכאון: _____
3. נגדי פרקוס _____
4. נגדי חרדה: _____
5. סטרואידים: _____
6. טיפולים פולשניים אחרים: איזה? _____
7. טיפול כירורגי: _____
8. טיפול כימוטרפי: _____
9. טיפול קרינתי: _____
01. אחר: _____

6. הסיבה למעבר לקנאביס:

1. היעדר יעילות או יעילות לא מספקת של הטיפול הקודם
2. תופעות לוואי של הטיפול הקודם: איזה? _____
לאיזה טיפול? _____
3. אחר: _____