

**שאלון למטייל/ת**

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מין  ז  נ  
 שנת לידה \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
 טל' \_\_\_\_\_ קופ"ח \_\_\_\_\_ עיסוק \_\_\_\_\_

**היסטוריה רפואית:**

מחלות כרוניות  לא  כן (פרט) .....  
 תרופות קבועות  לא  כן (פרט) .....  
 האם קיבלת טיפול מדכא חיסון בעבר  לא  כן (תאריך טיפול אחרון) .....  
 האם חלית בעבר בדלקת כבד זיהומית (צהבת)  לא  כן (שנה ומדינה בה נדבקת) .....  
 האם ידוע על אלרגיה לתרופות/ביצים או על חסר G6PD  לא  כן (פרט) .....

**לנשים**

תיאור	לא	כן	אם כן, פרטי:
1 האם את בהריון?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 האם מתוכנן הריון בזמן הטיול או בשלושת החודשים לאחר החזרה מהטיול?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**חיסונים בגיוס**

תאריך גיוס לצבא (שנה) ..... (חודש) .....  
 האם גויסת כ-  לוחם קרבי  תומך לחימה  טבח  חובש

**הנסיעה**

1. תאריך יציאה מהארץ:	2. משך הנסיעה המתוכנן:
3. אופי הנסיעה (הקף בעיגול): תרמילאי / מאורגן / תיירותי / עסקים / ביקור משפחתי / התנדבות / אחר:	
4. מדינות יעד משוערות לפי סדר הגעה (נא לציין גם עצירות ביניים במהלך הטיסות):	

הנני מצהיר/ה כי כל המידע שמסרתי לגבי מצב בריאותי ויעדי הנסיעה הינו נכון ומלא. במידה שהושמט פרט כלשהו לגבי מצב בריאותי ו/או במידה שמסלול נסיעתי ישתנה, אהיה אחראית לכל התוצאות עקב כך, והריני פוטר את מור מכון למידע רפואי בע"מ מכל אחריות לגבי כל נזק שעלול להיגרם לי עקב כך. ידועות לי תופעות הלוואי העלולות להופיע כתוצאה מהחיסונים. הובהר לי כי עלי לדווח לרופא/ה המטפלת/ת על קבלת החיסונים, והנני מתחייבת לעשות זאת.

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**קבלת חיסונים בעבר (לשימוש הרופא בלבד):**

הוצג פנקס חיסונים  לא  כן **קיבל כל חיסוני הילדות כמקובל**  לא  כן **כשל חיסוני כעת**  לא  כן  
 Hep A 1 ..... 2 מומלץ כעת ..... מנות  
 Rabies 1 ..... 2 ..... 3 מומלץ כעת ..... מנות  
 Jap Encep 1 ..... 2 מומלץ כעת ..... מנות  
 MMR 1 ..... 2 מומלץ כעת ..... מנות  
 HEP B 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 מומלץ כעת ..... מנות  
 Polio מומלץ כעת  .....  
 DT/Tdap מומלץ כעת  .....  
 Typhoid מומלץ כעת  .....  
 Meningitis מומלץ כעת  .....  
 YF מומלץ כעת  .....

הערות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותרמת הרופא: \_\_\_\_\_