



נספח לבקשה לטיפול מסייע בקנביס לחולי PTSD

לכבוד
"המנהל" לעניין קנביס לשימוש רפואי

שלום רב,

הנדון:

החולה מר/גב': _____ ת.ז. _____:

האבחנה: _____ תאריך תחילת המחלה: _____:

שם הפסיכיאטר המטפל: _____ מתאריך: _____:

נכות מוכרת ע"י: ביטוח לאומי/משרד הביטחון/לא מוכרת; בגובה % _____ נכות.

פרטי המחלה:

תיאור המחלה, סימפטומים:

מצ"ב מסמכים

פרט לגבי טיפול תרופתי: פרט לגבי משך מתן, מינון ותוצאות:

מצ"ב מסמכים

טיפול פסיכותרפויטי: פרט לגבי משך, תדירות, סוג ותוצאות:

מצ"ב מסמכים



נטייה להתמכרות : אין/יש, פרט :

מצב פסיכוטי בעבר : לא ידוע/אחר, פרט :

במקרה של בקשה להמשך טיפול, יש לפרט את תוצאות הטיפול בקנביס במשך ששת החודשים האחרונים :

- הנני הפסיכיאטר המטפל בחולה זה, ואמשיך לטפל בו למשך כל תקופת הטיפול הבאה (לפחות 6 חודשים).
- אין התווית נגד לשלילת הטיפול בקנביס במקרה הנ"ל.
- הסברתי לחולה על הטיפול המיועד והשלכותיו, כולל תופעות הלוואי האפשריות.

בברכה,

_____ ד"ר/פרופ' _____ חתימה וחותמת _____ תאריך

טלפון עבודה : _____ טלפון נייד : _____ פקס : _____
 דוא"ל : _____