

חוזר מס': 27/2017

ירושלים, כ"ט אב, תשע"ז
21 אוגוסט, 2017

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18 שנים

סימוכין : חוזרנו מס' 32/2009 מיום: 12.10.2009

הננו להביא לידיעתכם נוסח מעודכן לחוזרנו שבסימוכין המחליף ומבטל אותו המפרט קווים מנחים בנושא שבנדון שהוכנו ע"י ועדה שמונתה למטרה זו במסגרת המועצות הלאומיות לסכרת, לרפואת ילדים ולכירורגיה ובשיתוף האיגודים המקצועיים הרלוונטים מההסתדרות הרפואית.

ניתוח בריאטרי הינו כלי עזר לטיפול בבני נוער הלוקים בהשמנת יתר כחלק מטיפול רב מקצועי כולל. ניתוחים אלה מבוצעים כחלק מטיפול רב תחומי שמתחיל טרם הניתוח, בשלב בו נקבעת נחיצותו והתאמתו למטופל וממשיך בטיפול ומעקב שלאחריו.

א. תנאים הכרחיים לביצוע הניתוחים:

על מנת לעבור את הניתוח יש לעמוד בכל התנאים כמפורט להלן:

1. גיל:

- גיל כרונולוגי גדול מ-13 שנים;
 - גיל עצמות מעל 15 שנים בבנים ומעל 13 שנים בבנות (השלימו יותר מ- 95% מגדילתם).
 - ילד/נער צעיר מ-16 שנים ינותח בכפוף לאישור ועדת חריגים.
- הערה: ניתוח ילדים הצעירים מגיל 16 יבוצע אך ורק במקרים ייחודיים בהם הסיכון הבריאותי המיידני גדול באופן משמעותי מהסיכון הכרוך בפרוצדורה הכירורגית בגיל צעיר על פי הערכת הצוות הרב מקצועי ובאישור ועדת חריגים המוגדרת במסמך זה.

2. השמנה משמעותית:

- BMI < 40 ק"ג פר מ"ר עם סיבוכי השמנה קלים (ראה נספח 1 לחוזר זה);
- BMI < 35 ק"ג פר מ"ר עם סיבוכי השמנה קשים (ראה נספח 1 לחוזר זה);

3. הוכחה ותיעוד להשתתפות בתוכנית מאורגנת לירידה במשקל:

יש לוודא כי הילד ומשפחתו לקחו חלק בתוכנית לירידה במשקל במרכז הבריאטרי במשך 6 חודשים לפחות.

4. הערכה רב מקצועית:

- הערכה של מטופל והוריו תבוצע במרכז בריאטרי ע"י צוות רב תחומי (הצוות יכלול לפחות את בעלי המקצוע כפי שיפורט בהמשך בחוזר זה).
- הוכחת מחויבות למעקב רפואי ופסיכותרפי לפני ואחרי הניתוח ובכלל זה תיעוד של הענות תקינה לפחות במשך 6 חודשים לפני הניתוח.
- התרשמות כי צפויה יכולת התמדה והענות להנחיות התזונתיות לאחר הניתוח.
- הוכחת יכולת להבין את משמעות הניתוח ולקבל החלטה מודעת ומושכלת לבצעו. על מועמד/ת לניתוח לחתום על טופס הסכמה מדעת המותאם לגילו (בנוסף להחתמת ההורים).
- על המועמד ומשפחתו להראות מעורבות משפחתית פעילה ובכלל זה: יכולת לבצע שינוי בהרגלי חיים של המטופל ומשפחתו (פעילות גופנית, תזונה וכדומה); יכולת לבצע ניטור אכילה על פי תפריט של המטופל ושל הוריו; הענות להמלצות רפואיות טרם הניתוח (נטילת ויטמינים, תרופות, שימוש ב-CPAP) ויכולת המתבגר להתמודד.
- יש לוודא תיעוד של לפחות 8 ביקורים המתעדים מפגש עם הצוות הרב תחומי של המרכז.
- על כל חבר בצוות הרב תחומי להעריך מוכנות לניתוח (על פי תחום התמחותו) רפואית, נפשית, תזונתית ולתעדה ברשומה.

5. וועדת אישורים מיוחדים

תכלול כירורג, רופא ילדים העוסק בהשמנת ילדים, דיאטנית ילדים ונוער ופסיכיאטר ילדים. הוועדה תמונה על ידי מנהל רפואה במשרד הבריאות מדי שלוש שנים לצורך בחינת התאמת ילדים צעירים מגיל 16 שנים לניתוח בריאטרי. מתפקידיה יהיה לבחון את מוכנות הילד לעבור את הניתוח ובכלל זה מידת בשלותו והענותו לקראת ההליך על סמך חוות דעת כתובה של כל חברי המרכז הבריאטרי המפנה.

6. דרישות חובה ממרכזים המבצעים ניתוחים בריאטריים בילדים ונוער:

ככלל, דרישות החובה ממרכזים בריאטריים המבצעים ניתוחים בילדים ונוער יהיו זהות לדרישות המרכזים המבצעים ניתוחים במבוגרים כמפורט בחוזרנו בנושא (33/2013) בהבדל אחד שמרכזים בריאטריים לילדים נדרשים להראות ניסיון מצטבר של לפחות 30 ניתוחים בילדים עד גיל 18 על מנת לקבל הכרה פורמלית.

7. צוות רב תחומי:

במרכז לניתוחים בריאטריים לילדים ונוער יהיה צוות רב תחומי המתמחה בטיפול בהשמנת יתר חולנית בגיל הילדות ובסיבוכיה וזאת לצורך קיום הערכה טרום ניתוחית ומעקב בתר ניתוחי משותפים. קיום צוות רב תחומי זה במרכז הינו תנאי בסיס להכרה במרכז.

צוות זה יכלול לכל הפחות (בנוסף לכירורג מומחה בתחום):

- דיאטנית שהוכשרה לטיפול בילדים ונוער המועמדים לניתוח בריאטרי;
- פסיכיאטר ילדים;

- רופא ילדים העוסק בתחום ההשמנה;
 - פסיכולוג / עו"ס בעל ניסיון בטיפול בהשמנת יתר או בהפרעות אכילה של ילדים.
1. שירותים נלווים:
- יחידה לטיפול מוגבר או יחידה לטיפול נמרץ ילדים;
 - מחלקת דימות הכוללת, CT, צילום וושט קיבה ורדיולוגיה פולשנית.
2. המרכז יתחייב להעביר נתוני ניתוחים למרכז הלאומי לבקרת מחלות כמפורט בהמשך.

ב. הערכה טרום ניתוחית:

מטרת ההערכה הטרום ניתוחית היא הכנת המטופל ומשפחתו באופן מיטבי לטיפול הכירורגי בהשמנה ולהשלכותיו השונות, לרבות התאמת סוג הניתוח למטופל בהתאם למשקלו, מחלות הרקע שלו, הרגלי האכילה שלו והתנהגותו.

1. בדיקות קליניות, דימות ובדיקות מעבדה שחובה לבצע כחלק מההערכה הטרום ניתוחית של מטופל צעיר מגיל 18 שנים בטרם התקבלה ההחלטה על הניתוח:

- 1.1 ספירת דם ותפקודי קרישה;
- 1.2 רמת גלוקוז בצום ורמת HbA1c ;
- 1.3 פרופיל שומנים בדם;
- 1.4 בירור אנדוקריני רלבנטי לפי הצורך;
- 1.5 הערכה קלינית של רופא ילדים / משפחה / פנימאי, מומחה העוסק בהשמנה;
- 1.6 תפקודי כבד וכליות;
- 1.7 צילום וושט קיבה/גסטרוסקופיה;
- 1.8 US בטן עליונה כולל סקירת כיס מרה;
- 1.9 בדיקת רמות ויטמינים: פריטין, ברזל, חומצה פולית, טרנספריין, ויטמין B12 וויטמין D.
- 1.10 צילום כף יד להערכת גיל עצמות.

הערכת הסיכון הניתוחי תכלול בדיקות נוספות הנדרשות בהתאם למצב בריאות המועמד וסוג הניתוח המוצע ולפי שיקול דעת הצוות הרב תחומי.

2. הערכה תזונתית טרום ניתוחית תתבצע על ידי דיאטנית בעלת ניסיון בתחום הבריאות בילדים. ההערכה תתייחס ותתעד את המשתנים הבאים:

- 2.1 אפיון דפוסי אכילה אצל הנבדק ומשפחתו;
- 2.2 רמת מוכנות לשינוי;
- 2.3 ניסיונות דיאטה בעבר וסיבות לכישלון;
- 2.4 הכנה ותיאום ציפיות מהניתוח;
- 2.5 מתן מידע על השלבים לפני ואחרי הניתוח;
- 2.6 הסבר על חשיבות המעקב לאחר הניתוח;
- 2.7 הדרכה לדיאטה דלת פחמימות ונטילת תוסף מולטיוויטמין כ-3 שבועות לפני הניתוח;
- 2.8 תיקון חסרים תזונתיים (ויטמינים מינרלים).

3. הערכה פסיכולוגית ופסיכוסוציאלית תתבצע על ידי פסיכולוג/עו"ס ו/או פסיכיאטר ילדים בעלי ניסיון בטיפול בהשמנת יתר בילדים. ההערכה תבחן את מידת מוכנות המועמד לניתוח, לשנוי אורח חייו ותזונתו, נכונותו להתחייב להיות במעקב קבוע לאחר הניתוח והאם קיימת פתולוגיה פסיכיאטרית אשר עלולה להחמיר בעקבות הניתוח או להשפיע על תוצאותיו.

4. במקרה בו התערור חשד שהמטופל סובל מהפרעה פסיכיאטרית או נמצא בסיכון, דרושה הערכה פסיכיאטרית של ילדים ונוער כחלק מההערכה הכוללת.

ג. מעקב בתר ניתוחי

יש לבצע מעקב לאחר ניתוח, לכל מנותח, במרכז הבריאתרי המנתח ו/או בקופת החולים ו/או במסגרת הצבא כאשר מדובר במתגייסים, למשך שנתיים לפחות.

המעקב יכלול:

1. ביקורת כירורגית;
2. יעוץ, הדרכה ומעקב דיאטנית המנוסה בתחום הניתוחים הבריאתריים:
לפחות 6 מפגשים פרטניים בשנה, בהם המטופל ומשפחתו יקבלו הדרכה באשר להסתגלות לתזונה שלאחר הניתוח ועצות לאימוץ אורח חיים בריא.
3. מעקב פסיכיאטר / פסיכולוג / עו"ס על פי הצורך, באופן פרטני.
4. מעקב רופא ילדים / רופא משפחה שלוש פעמים בשנה למשך שנתיים וביצוע בדיקות תקופתיות נדרשות על פי הצורך, ובכלל זה:
 - מעקב סכרת, רמות ליפידים וצפיפות עצם – בעיקר לאחר מעקף;
 - מעקב אחר חסרים תזונתיים, כולל רמות ויטמין D, ויטמין B12, חומצה פולית ברזל ופריטין, המוגלובין, טיאמין (B1) טרנספריין;
 - יעוץ והדרכה בנושא סוג ותדירות הפעילות הגופנית המתאימה לאחר הניתוח.

ד. בקרת איכות

על המרכז לרכז ולתעד מידע לגבי סוג הניתוחים, כמותם, סיבוכיהם ומעקב אחר החלמת המטופלים ומצבם הרפואי לרבות שמירה על המשקל והמצב התזונתי.

ה. הקמת מסד נתונים לאומי לניתוחים בריאתריים (רשם):

1. משרד הבריאות הקים מסד נתונים לאומי לניתוחים בריאתריים בישראל (להלן: רשם), שמאפשר מעקב אחר הטיפול במנותחים ותוצאות. מסד זה מרכז נתונים על כל הניתוחים הבריאתריים המבוצעים בישראל בכל המסגרות (בתי חולים ציבוריים ופרטיים) ובכל צורות המימון (קופת חולים, שב"ן, ביטוח פרטי, תשלום פרטי וכד').
2. מסד הנתונים פועל במרכז הלאומי לבקרת מחלות מכוח הוראות סעיף 29 א' לפקודת בריאות העם 1940 ומשמש אמצעי לבקרת איכות והפעילות הרפואית בתחום זה בישראל.
3. הדיווח על המטופלים יהיה מזוהה, ויעשה באמצעות מילוי טופס ייעודי (נספח 2) בעת האישפוז ואחר כך לאחר חצי שנה, שנה ושנתיים.
העברת השאלונים תעשה באחת משתי האפשרויות שלהלן:
 - א. שאלונים ממוחשבים יועברו באמצעות כספת וירטואלית למרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות.
 - ב. שאלונים שאינם ממוחשבים יועברו למרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר, תל השומר, טלפון: 037371500.
4. מועד תחילת הדיווח לרשם הלאומי – 1.10.2017
5. על בתי החולים למלא טופס דיווח (טופס מספר 1 בנספח ב) עבור כל מטופל שעבר ניתוח בריאתרי במוסדם.
5. נתוני הרשם ישמשו לצורך הערכה שוטפת של המדיניות הבאה לידי ביטוי בהוראות חוזר זה ובכלל זה ישמשו לביצוע הערכה מחודשת, שנתיים מיום כניסתו לתוקף.

1. הכרה במרכז בריאטרי

1. ניתוחים בריאטרים בילדים יבוצעו אך ורק במרכזים בריאטרים מוכרים על ידי משרד הבריאות (ציבוריים או פרטיים).
 2. מרכז בריאטרי לילדים יידרש לעמוד בכל דרישות חוזר זה כולל דיווח לרשם הלאומי במועדים שנקבעו בחוזר.
 3. מרכז בריאטרי לילדים קיים, בו מבוצעים ניתוחים העומד בדרישות חוזר זה, יגיש בקשה להכרה כמרכז בריאטרי לילדים תוך פירוט עמידה בדרישות חוזר זה.
 4. מנהל רפואה יבצע בקרות במרכזים הבריאטרים לבדיקת עמידה בדרישות חוזר זה.
 5. הכרה במרכז בריאטרי לילדים תינתן לתקופה של שלוש שנים.
 6. תהליך הכרה במרכז חדש: בית החולים יצהיר על כוונתו להקים מרכז בריאטרי לילדים, יקבל אורכה של שנתיים להערכות לקיום תנאי חוזר זה. כתנאי לאישור הבקשה ייבדק אופן ושיעור הדיווח לרשם.
- יש להדגיש כי הדיווח לרשם במרכז מתהווה יהיה מיידית ולא עם תום תקופת האורכה של השנתיים.
7. מרכז שלא יעמוד בדרישות חוזר זה, ההכרה בו וביכולתו לבצע ניתוחים בריאטרים בילדים תישלל. הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,

ד"ר ורד עזרא
ראש מינהל הרפואה

העתק : שר הבריאות
המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
מנהלי קופות החולים
קרפ"ר - צ.ה.ל
קרפ"ר - שרות בתי הסוהר
קרפ"ר - משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים - משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר הסתדרות האחיות
יו"ר מועצה מדעית - ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 67871216

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: www.health.gov.il

נספח מס' 1

הגדרת סיבוכי השמנה לצורך ניתוחים בריאטריים בחולים צעירים מגיל 18 שנים

1. סיבוכי השמנה קשים:

- סוכרת מסוג 2.
- כבד שומני דלקתי STEATOHEPATITIS לא אלקוהולי המוכח רק בביופסיה.
- הפרעת שינה חסימתית משמעותית (OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA). הפרעת שינה משמעותית. מוגדרת כ- $AHI < 15$ לשעה בבדיקת פוליסומנוגראפיה.
- PSEUDOTUMOR CEREBRI הנובע ממשקל יתר.

2. סיבוכי השמנה קלים:

- יתר לחץ דם.
- דיסליפידמיה – מעל 150 מ"ג / ד"ל.
- הפרעה משמעותית בתפקוד יומיומי – כולל בעיות מפרקים.
- זיהומים חוזרים בקפלי עור.
- STRESS URINARY INCONTINENCE .
- פגיעות מפרקים הקשורות לעודף משקל ומגבילות פעילות גופנית סדירה.
- הפרעה פסיכיאטרית הקשורה למצב הגופני.
- רפלוקס גסטרו-אזופגיאלי (GERD) בחומרה בינונית ומעלה.
- PCOS.

נספח מס' 2

טפסי הרשם הלאומי

הטפסים המלאים יועברו יחד עם הטפסים/הקבצים של רשם בריאטרי מבוגרים.

שאלון רישום ניתוח בריאטרי

חלק א': מצב טרום ניתוחי - (ימולא על ידי ההורה בשיתוף עם החולה הקטין)
תאריך _____ בית חולים _____ מחלקה _____
שם פרטי (חולה): _____ שם משפחה: _____ שם הורה: _____
עיר מגורים: _____ רחוב: _____ מספר: _____ מיקוד: _____
האם אתה מוכן שיפנו אל ילדך אחרי הניתוח: 0. לא 1. כן
אם כן: טלפון _____ טלפון נייד: _____ מייל _____

פרטים דמוגרפיים של החולה

1. מין: ז / נ _____
2. ת.ז.: _____
3. תאריך לידה: _____
4. דת: 1. יהודי 2. מוסלמי 3. נוצרי 99. אחר
5. מוצא: 1. אשכנזי 2. ספרדי 3. מעורב 99. אחר

השכלה תפקוד והרגלים

6. תלמיד כיתה: _____ עיוני / מקצועי / חינוך מיוחד
7. האם ילדך מבקר בבית ספר באופן סדיר? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
8. האם ילדך אובחן כסובל מ: לקויות למידה / ADHD
9. האם ילדך מעורב בפעילות חברתית בבית הספר? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
10. האם אתה משתתף בפעילויות חברתיות מעבר לשעות הלימודים? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
11. האם ילדך מעשן: 0. לא 1. כן 99. לא ידוע. במידה וכן, כמה סיגריות ביום _____ למשך _____ שנים במידה ולא, האם עישן בעבר 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
12. האם ילדך שותה משקאות אלכוהוליים: 0. לא 1. כן 99. לא ידוע. במידה וכן _____ (כמה) משקאות ביום 99. לא ידוע
13. האם ילדך צורך/ת סמים: 0. לא 1. כן 99. לא ידוע. במידה וכן, אופן הצריכה: 1. הזרקה 2. עישון 3. סמי מרץ 99. לא ידוע

איכות חיים

סמן האם ילדך:

14. נוחר/ת בקול: 0. לא 1. כן 99. לא ידוע.
15. סובל מכאבים כתוצאה מהמשקל הגבוה? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
16. רמת אנרגיה כללית (הקף בעיגול): גבוהה מאוד 5 4 3 2 1 נמוכה מאוד 99. לא ידוע

17. מצב רוח באופן כללי (הקף בעיגול): טוב מאוד 5 4 3 2 1 ירוד מאוד 99. לא ידוע
18. האם ילדך קורבן לדחייה חברתית או בריונות? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
19. האם ילדך מרגיש עצוב רוב הימים? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
20. האם ילדך חווה רגעים של חוסר תקווה? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
21. האם ילדך עוסק בפעילות גופנית? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
22. האם ילדך סובל מהערכה עצמית נמוכה? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
23. האם היו לילדך מחשבות אובדניות? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
24. האם ילדך עשה נסיון לפגיעה עצמית? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע

בעיות באכילה

25. האם ילדך סובל מהקאות (יזומות או שאינן יזומות)? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
26. האם לילדך יש התקפים של אכילת יתר? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
27. האם ילדך חש לעתים איבוד שליטה באכילה? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע
28. האם ילדך אוכל בשעות הלילה? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע

הכנה לניתוח

29. האם השתתפת בתוכנית הכנה לקראת הניתוח? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע אם כן, התייחס לשאלות 23-25
30. כמה מפגשים עם דיאטנית בחצי השנה האחרונה? _____
31. כמה מפגשים עם עובד סוציאלי/פסיכולוג/פסיכיאטר בחצי השנה האחרונה?
32. בעקבות התכנית, סמן האם חל שינוי ב:

- מצב רוח בשיפור רב 5 4 3 2 1 ירוד מאוד
- פעילות גופנית עלייה 5 4 3 2 1 ירידה
- שמירה על תפריט בשיפור רב 5 4 3 2 1 בירידה
- ניטור עצמי בשיפור רב 5 4 3 2 1 בירידה
- שיפור בתפקוד בשיפור רב 5 4 3 2 1 בירידה
- הרגלי אכילה בשיפור רב 5 4 3 2 1 בירידה

חלק ב':

מידע רפואי (ימולא ע"י הרופא)

גובה מדוד: _____ משקל מדוד ביום הוועדה: _____ BMI ביום הוועדה: _____

משקל מדוד ביום האשפוז: _____ BMI ביום האשפוז: _____

ל"ד ביום הניתוח: _____/_____

שנה _____ מסוג:

1. Laparoscopic/ Open gastric band
2. Laparoscopic/ Open Sleeve gastrectomy
3. Laparoscopic/ Open Roux-en-Y Gastric Bypass
4. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)
5. Laparoscopic/ Open Duodenal switch
6. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)
7. Open BPD Scopinaro procedure
8. Laparoscopic/ Open VBG- Vertical banded gastroplasty

שנה _____ מסוג: _____

1. Laparoscopic/ Open gastric band
2. Laparoscopic/ Open Sleeve gastrectomy
3. Laparoscopic/ Open Roux-en-Y Gastric Bypass
4. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)
5. Laparoscopic/ Open Duodenal switch
6. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)
7. Open BPD Scopinaro procedure
8. Laparoscopic/ Open VBG- Vertical banded gastroplasty

האם החולה עבר ניתוח קיבה כלשהו בעבר 0. לא 1. כן אם כן, פרט _____

האם החולה עבר ניתוח בבטן כלשהו בעבר 0. לא 1. כן אם כן, פרט _____

מחלות כרוניות- (אינדיקציה לניתוח) האם סובל מ: (סמן את האבחנות הפעילות בטבלה הבאה)

האם סובל מהמצב/מחלה	במידה וסובל מהמחלה, האם מטופל תרופתית
יל"ד	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
סוכרת	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
דום נשימה בשינה OSA	0. לא 1. כן 99. לא ידוע CPAP
בעיות אורתופדיות משניות להשמנה	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
מחזור לא סדיר	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
כבד שומני	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
דיסליפידמיה	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
פסאודוטומור צרברי שנובע ממשקל יתר	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
זיהומים חוזרים בקפלי העור	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
אי שליטה על שלפוחית השתן	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
רפלוקס	0. לא 1. כן 99. לא ידוע

האם נוטל אינסולין? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע : מיון יומי: 1. 0-20 units 2. 20-50 units 3. 50-100 units 4. >100 units

מחלות רקע נלוות בנוסף למחלות שהן אינדיקציה	האם סובל מהמצב/מחלה	במידה וסובל מהמחלה, האם מטופל תרופתית
שחלות פוליציסטיות PCOS	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
חרדה	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
דיכאון	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
ADHD	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
הפרעות באכילה (התקפי אכילת יתר, הקאות, בולמיה, BED)	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן 99. לא ידוע

תאריך אשפוז: _____ תאריך ניתוח: _____ תאריך שחרור: _____

מספר ימי אשפוז מיום האשפוז _____ מספר ימי אשפוז מיום הניתוח _____

תאריך וועדה _____

סוג ניתוח:

1. gastric band
 - 1.1 בלבד
 - 1.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 1.3 כריתת כיס מרה
2. Sleeve gastrectomy
 - 2.1 בלבד
 - 2.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 2.3 כריתת כיס מרה
 - 2.4 הוצאת טבעת
3. Roux-en-Y Gastric Bypass
 - 3.1 בלבד
 - 3.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 3.3 כריתת כיס מרה
 - 3.4 הוצאת טבעת
4. One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)
 - 4.1 בלבד
 - 4.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 4.3 כריתת כיס מרה
 - 4.4 הוצאת טבעת
5. Duodenal switch
 - 5.1 בלבד
 - 5.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 5.3 כריתת כיס מרה
 - 5.4 הוצאת טבעת
6. One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)
 - 6.1 בלבד
 - 6.2 תיקון בקע סרעפתי
 - 6.3 כריתת כיס מרה
 - 6.4 הוצאת טבעת

7. BPD Scopinaro procedure
- 7.1 בלבד
- 7.2 תיקון בקע סרעפתי
- 7.3 כריתת כיס מרה
- 7.4 הוצאת טבעת
8. Vertical banded gastroplasty (VBG)
- 8.1 בלבד
- 8.2 תיקון בקע סרעפתי
- 8.3 כריתת כיס מרה
- 8.4 הוצאת טבעת

גישה ניתוחית 1. Lap 2. Open 3. Lap שהפך ל- Open

מה האינדיקציה לניתוח נוכחי:

1. סיבוך 2. ירידה במשקל

האם ניתנו במהלך האשפוז מנות דם או פלזמה: 0. לא 1. כן, אם כן, כמה מנות: _____

סיבוכים עד השחרור

פירוט	*CLAVIEN-Dindo CLASSIFICATION	סיכון חיים		סיבוכים
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	סיבוך
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	דלף/ אבצס תוך בטני
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	זיהום פצע ניתוחי
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	אירוע טרומבואמבולי ורידי
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	סיבוך קרדיו/רספירטורי
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	דימום
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	Sepsis

פעולה חודרנית במהלך האשפוז לאחר הניתוח: 0. לא 1. כן

אם כן מהי סוג הפעולה:

1. ניתוח. אם כן : שם הניתוח _____
2. אנדוסקופיה
3. פעולה תחת הדמיה ללא הרדמה כללית
4. פעולה תחת הדמיה עם הרדמה כללית

האם החולה אושפז בטיפול נמרץ לאחר אשפוז במחלקה? 0. לא 1. כן

אם כן מאיזו סיבה _____

CLAVIEN-DINDO CLASSIFICATION*

- **דרגה I-** שינוי במסלול פוסט אופרטיבי נורמאלי. לא מצריך התערבות ניתוחית, אנדוסקופיה או רדיולוגית. ניתן להשתמש באנלגטיקה, תרופות נגד הקאות, נגד חום, טיפול נגד זיהום במיטה
- **דרגה II-** דורש טיפול פרמקולוגי- תרופות שלא בדרגה I, עירוי דם והאכלה ורידית.
- **דרגה III-** דורש התערבות ניתוחית אנדוסקופיה או הדמיה.
התערבות המצריכה הרדמה מלאה
התערבות שאינה מצריכה הרדמה מלאה
- **דרגה IV-** סיבוכים מסכני חיים- כולל סיבוך CNS. דורש IC/ICU
 - חוסר תפקוד של מערכת אחת (דיאליזה)
 - חוסר תפקוד רב מערכתי
- **דרגה V-** מוות

שאלון מעקב לאחר ניתוח בריאטרי (ימולא על ידי ההורה בשיתוף עם החולה הקטין במרכז המנתח)

תאריך מילוי השאלון: ____/____/____ זמן אחרי ניתוח: חצי שנה/שנה/שנתיים

1. שם פרטי _____ שם משפחה : _____
2. תאריך לידה ____/____/____
3. מספר תעודת זהויה: [] - [] [] [] [] [] [] [] []
4. באיזה תאריך ילדך עבר את הניתוח לטיפול בהשמנה? ____/____/____
5. מה הגובה של ילדך? _____ ס"מ
6. מה משקל של ילדך? _____ ק"ג
7. מה היה משקלו ביום הניתוח? _____ ק"ג
8. האם ילדך ביקר אצל דיאטנית מאז הניתוח? 1. כן 2. לא **אם לא, דלג לשאלה 12**
9. כמה פעמים ילדך ביקר אצל הדיאטנית מאז הניתוח? _____ פעמים
10. באיזו מסגרת ילדך ביקר אצל הדיאטנית? (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)
 1. דיאטנית בבית החולים בו עברת את הניתוח
 2. דיאטנית של הקופה שלך
 3. דיאטנית פרטית
 4. אחר, פרטי: _____
11. האם קיבלת התחייבות מהקופה (טופס 17) לביקור אצל דיאטנית בבית החולים?
 1. כן
 2. לא
12. מאיזו סיבה ילדך אינו נמצא/ת במעקב אצל דיאטנית?
 1. הקופה לא נותנת לי טופס 17
 2. רחוק מדי
 3. אין לי זמן
 4. לא ידעתי שצריך / לא הפנו אותי
 5. לא מרגיש/ה צורך, מסתדר/ת בלי זה
 6. סיבה אחרת, פרטי: _____

בהשוואה ללפני הניתוח			כיום	
השתפר	ללא שינוי	החמיר		
			0. לא 1. כן	13. נוחר בקול
			0. לא 1. כן	14. סובל מכאבים כתוצאה מהמשקל
			גבוהה מאוד 5 4 3 2 1 נמוכה מאוד	15. רמת אנרגיה כללית(הקף בעיגול)
			טוב מאוד 5 4 3 2 1 ירוד מאוד	16. מצב רוח באופן כללי (הקף בעיגול):
			0. לא 1. כן	17. מבקר בבית ספר באופן סדיר
			0. לא 1. כן	18. מעורב בפעילות חברתית בבית הספר
			0. לא 1. כן	19. משתתף בפעילויות חברתיות מעבר לשעות הלימודים
			0. לא 1. כן	20. קורבן לדחייה חברתית או בריונות
			0. לא 1. כן	21. מרגיש עצוב רב הימים
			0. לא 1. כן	22. חווה רגעים של חוסר תקווה
			0. לא 1. כן	23. משתתף בפעילות גופנית?
			0. לא 1. כן	24. סובל מהערכה עצמית נמוכה?
			0. לא 1. כן	25. סובל ממחשבות אובדניות?
				26. עשה ניסיון לפגיעה עצמית ?
				27. סובל מקשיים בהגינה אישית?

28. סמ'י בטבלה הבאה את כל הוויטמינים ומינרלים שאת/ה לוקח/ת מאז הניתוח ובאיזו תדירות.

1-3 פעמים בחודש	1-3 פעמים בשבוע	לוקח/ת כל יום	לא לוקח/ת	
				סידן
				סידן+ ויטמין D
				ויטמין D
				ויטמין B12
				ויטמין B1
				ברזל
				חומצה פולית
				מולטי ויטמין

מידע רפואי

טיפול תרופתי	אחרי הניתוח	טיפול תרופתי	לפני הניתוח	האם אבחנו אצל ילדך
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	29. יתר לחץ דם
0. לא 1. דיאטה 2. כדורים 3. אינסולין	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. דיאטה 2. כדורים 3. אינסולין	0. לא 1. כן	30. סוכרת
0. לא 1. דיאטה 2. תרופה	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. דיאטה 2. תרופה	0. לא 1. כן	31. יתר שומנים בדם
0. לא 1. תרופה 2. CPAP	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. תרופה 2. CPAP	0. לא 1. כן	32. דום נשימה בשינה OSA
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	33. מחזר לא סדיר
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	34. כבד שומני
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	35. דיסליפידמיה
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	36. פסאודוטומור צרברי שנובע ממשקל יתר

0.1 לא .1 כן	0.1 אין שינוי 1. שיפור	0.1 לא .1 כן	0.1 לא 1.1 כן	37. מחזור לא סדיר
0.1 לא .1 כן	0.1 אין שינוי 1. שיפור	0.1 לא .1 כן	0.1 לא 1.1 כן	38. חרדה
0.1 לא .1 כן	0.1 אין שינוי 1. שיפור	0.1 לא .1 כן	0.1 לא 1.1 כן	39. דיכאון
0.1 לא .1 כן	0.1 אין שינוי 1. שיפור	0.1 לא .1 כן	0.1 לא 1.1 כן	40. ADHD
0.1 לא .1 כן	0.1 אין שינוי 1. שיפור	0.1 לא .1 כן	0.1 לא 1.1 כן	41. הפרעות באכילה (התקפי אכילת יתר, הקאות, בולמיה, BED)

42. האם ביקרת מאז הניתוח אצל פסיכולוג או עובד סוציאלי? 1. כן 2. לא
אם כן, באיזו מסגרת? _____ כמה ביקורים? _____

43. האם השתתפת בקבוצות לליווי אחרי ניתוח בריאטרי? 1. כן 2. לא
אם כן, באיזו מסגרת? קופת חולים/מסגרת פרטית

סיבוכים לאחר ניתוח

44. האם פנית לחדר מיון מאז הניתוח? 1. כן 2. לא אם כן, כמה פעמים? _____

45. האם ילדך אושפז בבית חולים ליותר מיום אחד מאז הניתוח? 1. כן 2. לא
אם כן, כמה פעמים? _____

46. האם ילדך עבר ניתוחים נוספים מאז הניתוח לטיפול בהשמנת יתר? 1. כן 2. לא

47. האם ילדך מרוצה שעבר את הניתוח לטיפול בהשמנת יתר? 1. כן 2. לא

48. האם יש לך/לילדך המלצות לאנשים שרוצים לעבור ניתוח דומה לזה שעברת?
פרט _____

49. האם יש לך/לילדך המלצות לשיפור התהליכים הכרוכים בביצוע הניתוח (הכנה לפני, הניתוח עצמו והמעקב)?

50. האם ילדך מעשן/ת? 1. כן כמה סיגריות ביום? _____ במשך כמה שנים? _____
2. לא אם לא,

51. האם ילדך עישן אי פעם בעבר? 1. כן 2. לא

52. האם ילדך שותה באופן קבוע (יומיומי) משקאות אלכוהוליים? 1. כן 2. לא

תודה על שהקדשת מזמנך לענות על השאלון

האם תהיה/תהיי מוכן/ה שיפנו אליך בטלפון או במייל לצורך ביצוע סקר בעתיד? 1. כן 2. לא

אם כן, אנא השלם/השלימי את הפרטים על מנת שניתן יהיה ליצור איתך קשר בעתיד.

טלפון: _____ - _____ כתובת מייל: _____@_____

מידע רפואי (ימולא ע"י הרופא)

גובה מדוד: _____ משקל מדוד ביום הוועדה: _____ BMI ביום הוועדה: _____

משקל מדוד ביום האשפוז: _____ BMI ביום האשפוז: _____

ל"ד ביום הניתוח: _____ / _____

האם עבר ניתוח בריאטרי בעבר? 0. לא 1. כן 99. לא ידוע, אם כן:

שנה _____ מסוג:

9. Laparoscopic/ Open gastric band
10. Laparoscopic/ Open Sleeve gastrectomy
11. Laparoscopic/ Open Roux-en-Y Gastric Bypass
12. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)
13. Laparoscopic/ Open Duodenal switch
14. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)
15. Open BPD Scopinaro procedure
16. Laparoscopic/ Open VBG- Vertical banded gastroplasty

שנה _____ מסוג:

9. Laparoscopic/ Open gastric band
10. Laparoscopic/ Open Sleeve gastrectomy
11. Laparoscopic/ Open Roux-en-Y Gastric Bypass
12. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)
13. Laparoscopic/ Open Duodenal switch
14. Laparoscopic/ Open One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)
15. Open BPD Scopinaro procedure
16. Laparoscopic/ Open VBG- Vertical banded gastroplasty

האם החולה עבר ניתוח קיבה כלשהו בעבר 0. לא 1. כן אם כן, פרט _____

האם החולה עבר ניתוח בבטן כלשהו בעבר 0. לא 1. כן אם כן, פרט _____

מחלות כרוניות- (אינדיקציה לניתוח) האם סובל מ: (סמן את האבחנות הפעילות בטבלה הבאה)

האם סובל מהמצב/מחלה	במידה וסובל מהמחלה, האם מטופל תרופתית
יל"ד	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
סוכרת	0. לא 1. כן 99. לא ידוע
דום נשימה בשינה OSA	0. לא 1. כן 99. לא ידוע CPAP
בעיות אורתופדיות	0. לא 1. כן 99. לא ידוע

9. One Anastomosis Gastric Bypass(Omega loop, Mini)

- 9.1 בלבד
- 9.2 תיקון בקע סרעפתי
- 9.3 כריתת כיס מרה
- 9.4 הוצאת טבעת

10. Duodenal switch

- 5.5 בלבד
- 5.6 תיקון בקע סרעפתי
- 5.7 כריתת כיס מרה
- 5.8 הוצאת טבעת

9. One Anastomosis Duodenal switch (Omega loop)

- 9.1 בלבד
- 9.2 תיקון בקע סרעפתי
- 9.3 כריתת כיס מרה
- 9.4 הוצאת טבעת

10. BPD Scopinaro procedure

- 7.1 בלבד
- 7.2 תיקון בקע סרעפתי
- 7.3 כריתת כיס מרה
- 7.4 הוצאת טבעת

11. Vertical banded gastroplasty (VBG)

- 8.1 בלבד
- 8.2 תיקון בקע סרעפתי
- 8.3 כריתת כיס מרה
- 8.4 הוצאת טבעת

גישה ניתוחית 1. Lap 2. Open 3. Lap שהפך ל- Open

מה האינדיקציה לניתוח נוכחי:

- 2. סיבוך
- 2. ירידה במשקל

האם ניתנו במהלך האשפוז מנות דם או פלזמה: 0. לא 1. כן, אם כן, כמה מנות: _____

סיבוכים עד השחרור

פירוט	*CLAVIEN-Dindo CLASSIFICATION	סיכון חיים		סיבוכים
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5.	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	סיבוך
	1. דרגה 1, 2. דרגה 2, 3. דרגה 3, 4. דרגה 4, 5. דרגה 5.	0. לא 1. כן 99. לא ידוע	0. לא 1. כן	דלף/ אבצס תוך בטני

	.1 דרגה 1, .2 דרגה 2, .3 דרגה 3, .4 דרגה 4, .5 דרגה 5	.0 לא 1. כן .99 לא ידוע	.0 לא 1. כן	זיהום פצע ניתוחי
	.1 דרגה 1, .2 דרגה 2, .3 דרגה 3, .4 דרגה 4, .5 דרגה 5	.0 לא 1. כן .99 לא ידוע	.0 לא 1. כן	אירוע טרומבואמבולי ורידי
	.1 דרגה 1, .2 דרגה 2, .3 דרגה 3, .4 דרגה 4, .5 דרגה 5	.0 לא 1. כן .99 לא ידוע	.0 לא 1. כן	סיבוך קרדיו/רספירטורי
	.1 דרגה 1, .2 דרגה 2, .3 דרגה 3, .4 דרגה 4, .5 דרגה 5	.0 לא 1. כן .99 לא ידוע	.0 לא 1. כן	דימום
	.1 דרגה 1, .2 דרגה 2, .3 דרגה 3, .4 דרגה 4, .5 דרגה 5	.0 לא 1. כן .99 לא ידוע	.0 לא 1. כן	Sepsis

פעולה חודרנית במהלך האשפוז לאחר הניתוח: 0. לא 1. כן

אם כן מהי סוג הפעולה:

5. ניתוח. אם כן: שם הניתוח _____

6. אנדוסקופיה

7. פעולה תחת הדמיה ללא הרדמה כללית

8. פעולה תחת הדמיה עם הרדמה כללית

האם החולה אושפז בטיפול נמרץ לאחר אשפוז במחלקה? 0. לא 1. כן

אם כן מאיזו סיבה _____

CLAVIEN-Dindo CLASSIFICATION*

- **דרגה I-** שינוי במסלול פוסט אופרטיבי נורמאלי. לא מצריך התערבות ניתוחית, אנדוסקופיה או רדיולוגית. ניתן להשתמש באנלגטיקה, תרופות נגד הקאות, נגד חום, טיפול נגד זיהום במיטה
- **דרגה II-** דורש טיפול פרמקולוגי- תרופות שלא בדרגה I, עירוי דם והאכלה ורידית.
- **דרגה III-** דורש התערבות ניתוחית אנדוסקופיה או הדמיה.
התערבות המצריכה הרדמה מלאה
התערבות שאינה מצריכה הרדמה מלאה
- **דרגה IV-** סיבוכים מסכני חיים- כולל סיבוך CNS. דורש IC/ICU
 - חוסר תפקוד של מערכת אחת (דיאליזה)
 - חוסר תפקוד רב מערכתי
- **דרגה V-** מוות

סמן האם מאז הניתוח ילדך:

בהשוואה ללפני הניתוח			כיום	
השתפר	ללא שינוי	החמיר		
			0. לא 1. כן	נוחר בקול
			0. לא 1. כן	סובל מכאבים כתוצאה מהמשקל
			גבוהה מאוד 1 2 3 4 5 נמוכה מאוד	רמת אנרגיה כללית (הקף בעיגול)
			טוב מאוד 1 2 3 4 5 ירוד מאוד	מצב רוח באופן כללי (הקף בעיגול):
			0. לא 1. כן	מבקר בבית ספר באופן סדיר
			0. לא 1. כן	מעורב בפעילות חברתית בבית הספר
			0. לא 1. כן	משתתף בפעילויות חברתיות מעבר לשעות הלימודים
			0. לא 1. כן	קורבן לדחייה חברתית או בריונות
			0. לא 1. כן	מרגיש עצוב רב הימים
			0. לא 1. כן	חוזה רגעים של חוסר תקווה
			0. לא 1. כן	משתתף בפעילות גופנית

1-3 פעמים בחודש	1-3 פעמים בשבוע	לוקח/ת כל יום	לא לוקח/ת	
				סידן
				סידן+ ויטמין D
				ויטמין D
				ויטמין B12
				ויטמין B1
				ברזל
				חומצה פולית
				מולטי ויטמין

מידע רפואי

טיפול תרופתי	אחרי הניתוח	טיפול תרופתי	לפני הניתוח	האם אבחנו אצל ילדך
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	יתר לחץ דם
0. לא 1. דיאטה 2. כדורים 3. אינסולין	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. דיאטה 2. כדורים 3. אינסולין	0. לא 1. כן	סוכרת
0. לא 1. דיאטה 2. תרופה	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. דיאטה 2. תרופה	0. לא 1. כן	יתר שומנים בדם
0. לא 1. תרופה 2. CPAP	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. תרופה 2. CPAP	0. לא 1. כן	דום נשימה בשינה OSA
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	מחזור לא סדיר
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	כבד שומני
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	דיסליפידמיה
0. לא 1. כן	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	פסאודוטומור צרברי שנובע ממשקל יתר
0. לא 1. כן	0. אין שינוי	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	חרדה

	1. שיפור		1. כן	
דיכאון	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	
ADHD	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	
הפרעות אכילה (התקפי אכילת יתר, הקאות)	0. אין שינוי 1. שיפור	0. לא 1. כן	0. לא 1. כן	

25. יש לשקול לעביר את השאלות הבאות אחרי שאלה מספר 12). האם ביקרת מאז הניתוח אצל פסיכולוג או עובד

סוציאלי? 1. כן 2. לא

אם כן, באיזו מסגרת? כמה ביקורים? _____

26. האם השתתפת בקבוצות לליווי אחרי ניתוח בריאטרי? 1. כן 2. לא

אם כן, באיזו מסגרת? קופת חולים/מסגרת פרטית

סיבוכים לאחר ניתוח

27. האם פנית לחדר מיון מאז הניתוח? 1. כן 2. לא אם כן, כמה פעמים? _____

28. האם ילדך אושפז בבית חולים ליותר מיום אחד מאז הניתוח? 1. כן 2. לא

אם כן, כמה פעמים? _____

29. האם ילדך עבר ניתוחים נוספים מאז הניתוח לטיפול בהשמנת יתר? 1. כן 2. לא

30. האם ילדך מרוצה שעבר את הניתוח לטיפול בהשמנת יתר? 1. כן 2. לא

31. האם יש לך/לילדך המלצות לאנשים שרוצים לעבור ניתוח דומה לזה שעברת?

פרט _____

32. האם יש לך/לילדך המלצות לשיפור התהליכים הכרוכים בביצוע הניתוח (הכנה לפני, הניתוח עצמו והמעקב)?

33. האם ילדך מעשן/ת? 1. כן כמה סיגריות ביום? _____ במשך כמה שנים? _____

2. לא אם לא,

34. האם ילדך עישן אי פעם בעבר? 1. כן 2. לא

35. האם ילדך שותה באופן קבוע (יומיומי) משקאות אלכוהוליים? 1. כן 2. לא

תודה על שהקדשת מזמנך לענות על השאלון

האם תהיה/תהיי מוכן/ה שיפנו אליך בטלפון או במייל לצורך ביצוע סקר בעתיד? 1. כן 2. לא

אם כן, אנא השלם/השלימי את הפרטים על מנת שניתן יהיה ליצור איתך קשר בעתיד.

טלפון: _____ - כתובת מייל: _____@_____