# KAP Initial Evaluation Note Template

## תבנית רישום הערכה ראשונית לטיפול בקטמין

### Patient Information | פרטי מטופל

|  |  |
| --- | --- |
| Name: Date of Birth: Date of Evaluation: Evaluator Name: Patient ID/Chart #: | שם: תאריך לידה: תאריך ההערכה: שם מעריך/ה: מספר תעודת זהות/מספר תיק: |

### Presenting Problem | בעיה עיקרית

|  |  |
| --- | --- |
| Brief summary of primary complaint and reason for seeking KAP. | תקציר קצר של הבעיה המרכזית והסיבה לפנייה לטיפול בקטמין. |

### Psychiatric History | היסטוריה פסיכיאטרית

|  |  |
| --- | --- |
| Include diagnoses, past treatments, medications, and responses. | יש לכלול אבחנות, טיפולים קודמים, תרופות ותגובותיהם. |

### Medical History | היסטוריה רפואית

|  |  |
| --- | --- |
| Relevant medical issues, allergies, current medications. | בעיות רפואיות רלוונטיות, אלרגיות, תרופות נוכחיות. |

### Current Mental Status | סטטוס מנטלי נוכחי

|  |  |
| --- | --- |
| Appearance, mood, thought process, cognition, risk factors. | מראה חיצוני, מצב רוח, תהליכי חשיבה, קוגניציה, גורמי סיכון. |

### Assessment of Suitability for KAP | הערכת התאמה לטיפול בקטמין

|  |  |
| --- | --- |
| Does the patient meet clinical criteria for KAP? Include rationale, safety considerations, and potential benefits. | האם המטופל/ת עומד/ת בקריטריונים לטיפול? יש לפרט שיקולים קליניים, שיקולי בטיחות ותועלת צפויה. |

### Discussion of Treatment Plan | דיון בתכנית טיפול

|  |  |
| --- | --- |
| Recommended frequency, dose strategy, preparation and integration plan. | תדירות מומלצת, אסטרטגיית מינון, תוכנית הכנה ואינטגרציה. |

### Informed Consent | הסכמה מדעת

|  |  |
| --- | --- |
| Consent reviewed and obtained prior to initiating treatment. | ההסכמה נבדקה והתקבלה לפני תחילת הטיפול. |

### Clinical Impression and Next Steps | רושם קליני והמשך טיפול

|  |  |
| --- | --- |
| Summary impression and plan for next session. | סיכום הערכה ותכנית לפגישה הבאה. |