



משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
Ministry of health -Geriatric Division
משרד העבודה ורווחה – השירות לזקן
Ministry of Labour & social - service for the Elderly

• מוסד לביטוח לאומי
• שירותי בריאות כללית
• מכבי שירותי בריאות
• שירות התעסוקה
• קופת חולים לאומית
• קופת חולים מאוחדת

מידע רפואי - סעודי

הטופס שלפניך יסייע לך לבצע אומדן רפואי וסיעודי.
מטרת המידע רפואי והסיעודי לאמוד את מצבו
הבריאותי והתפקודי של הזקן.
מידע זה יהווה בסיס בתהליך קבלת החלטות לגבי הטיפול
והשירות המתאים ביותר למטופל.

חשוב!!!

- הקפד/י למלא את כל הפרטים בטופס.
- יש לכתוב בכתב ברור ובעט כדורי.
- הרופא המטפל ימלא הפרטים בדף 2.
- האחיות תמלא הפרטים בדף 1, בדף 3 ודף 4.
- זכור/י שהמידע ישמש בסיס לשירות ולטיפול של הזקן.
- ההחלטה לסיווג התפקודי של המטופל תעשה ע"י צוות של רופא ואחות.
- ההחלטה למסגרת הטיפולית המוצעת ע"י צוות רב מקצועי של רופא, אחות ועובדת סוציאלית ואנשי צוות נוספים בהתאם לצורך.

בהצלחה



מידע רפואי - סיעודי

תאריך

<p>הוראות למילוי הטופס</p> <p>שנת לידה: 2005</p> <p>אבילת ושתיה: 4, 2, 2, 2</p> <p>נשימה: 1</p> <p>3</p>	<p>הצעה למסגרת שירות (לסמן X)</p> <p>עצמאים <input type="checkbox"/> שיקום <input type="checkbox"/></p> <p>תשושים <input type="checkbox"/> נפשון <input type="checkbox"/></p> <p>תשושי נפש <input type="checkbox"/> ביטוח לאומי (גמלת סיעוד) <input type="checkbox"/></p> <p>סיעודיים <input type="checkbox"/> עובד זר <input type="checkbox"/></p> <p>סיעוד מורכב <input type="checkbox"/></p>		<p>הפינה (לסמן X ולפרט)</p> <p>מחי לשירותים חברתיים <input type="checkbox"/></p> <p>לשכת הבריאות <input type="checkbox"/></p> <p>בית חולים <input type="checkbox"/></p> <p>קופת חולים <input type="checkbox"/></p> <p>אחר <input type="checkbox"/></p>	
--	---	--	--	--

<p>1 קופת חולים</p> <p>1. כללית</p> <p>2. לאומית</p> <p>3. מאוחדת</p> <p>4. מכבי</p>		<p>2 ביטוח משלים</p> <p>1. כן</p> <p>2. לא</p>		<p>3 ביטוח אחר</p> <p>לפרט</p>		<p>4 הרופא המטפל</p> <p>שם הרופא: _____</p> <p>מרפאה: _____</p> <p>טלפון: _____</p>	
<p>1 פרטים אישיים</p> <p>שם משפחה: _____</p> <p>שם פרטי: _____</p> <p>קרבה: _____</p>		<p>2 כתובת</p> <p>רחוב: _____</p> <p>מספר: _____</p> <p>עיר: _____</p> <p>מיקוד: _____</p>		<p>3 טלפון</p> <p>טלפון (בית): _____</p> <p>טלפון (עב): _____</p> <p>טלפון (אחר): _____</p>		<p>4 הגדרה משפטית</p> <p>1. מיופה כח</p> <p>2. אפוטרופוס <input type="checkbox"/> נא <input type="checkbox"/> רכוש <input type="checkbox"/></p> <p>3. אחר (לפרט) _____</p>	

<p>1 שם</p> <p>שם משפחה: _____</p> <p>שם פרטי: _____</p> <p>שם האב: _____</p>		<p>2 תעודת זהות</p>		<p>3 מין</p> <p>1. זכר</p> <p>2. נקבה</p>		<p>4 שנת לידה</p>		<p>5 ארץ לידה</p> <p>שם הארץ: _____</p>		<p>6 שנת עליה</p>	
<p>1 ניצול שואה</p> <p>1. כן</p> <p>2. לא</p>		<p>8 מצב משפחתי</p> <p>1. נשוי/ה</p> <p>2. אלמן/ה</p> <p>3. ברוש/ה</p> <p>4. רווק/ה</p>		<p>ב. נזקים פיננסיים</p> <p>1. נכות נוכחית</p> <p>רחוב: _____</p> <p>מספר: _____</p> <p>עיר: _____</p> <p>מיקוד: _____</p>		<p>2. נכות לפי ת"מ נוספת</p> <p>רחוב: _____</p> <p>מספר: _____</p> <p>עיר: _____</p> <p>מיקוד: _____</p>		<p>3. טלפון</p> <p>טלפון בבית: _____</p> <p>טלפון אחר להודעות: _____</p>		<p>4. תנאי הדיור</p> <p>כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מסי מדרגות בבית (כולל המועמד)</p> <p>מסלול <input type="checkbox"/> מעלית <input type="checkbox"/></p>	

<p>תאריך קבלת הבקשה</p> <p>אישור קבלת מסמכים אחרים:</p> <p><input type="checkbox"/> דו"ח סוציאלי</p> <p><input type="checkbox"/> סיכומי מחלה</p> <p><input type="checkbox"/> אישורים רימומחים</p> <p>פירוט מסמכים נוספים נדרשים: _____</p>		<p>החלטה</p> <p>סיווג</p> <p><input type="checkbox"/> זמני <input type="checkbox"/> קבע</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> תשוש</p> <p><input type="checkbox"/> סיעודי <input type="checkbox"/> סיעוד מורכב <input type="checkbox"/> שיקום</p> <p>הערות: _____</p>		<p>תאריך קבלת הבקשה</p> <p>החלטה</p> <p>מסגרת מוצעת</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול במוסד</p> <p>מחלקה: _____</p> <p>פירוט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול בקהילה</p> <p>פירוט: _____</p>		<p>תאריך קבלת הבקשה</p> <p>החלטה</p> <p>מסגרת מוצעת</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול במוסד</p> <p>מחלקה: _____</p> <p>פירוט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> טיפול בקהילה</p> <p>פירוט: _____</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד
תאריך

ב. טיפול

1. טיפול רפואי מיוחד

כמידה והמועמד זקוק לטיפול רפואי פעיל או להשגחה רפואית צמודה, בגלל מצב לא יציב או מחלה פעילה, טא למרטי.

א. קוד האבחנה/ות

ב. מרטיס

2. טיפולים מיוחדים נוספים

א. עירויים	1. זקוק לעירוי נוזלים לפחות פעם בשבוע
	2. זקוק לעירוי דם לפחות כל כמה שבועות
ב. התערבויות	1. זקוק לניקוז צפקי, פלורלי וכד' לפחות ת כמה פעמים
	2. זקוק להתערבויות כירורגיות חוזרות
ג. נרקוטיקה	1. זקוק לטיפול מומי
	2. זקוק לטיפול פרנטרלי
ד. אחר (לפרטי)	1.
	2.

3. תרופות

תדירות	מינון	שם התרופה	דרך מתן
x			
x			
x			
x			
x			
x			
x			
x			
x			
x			
x			

סה"כ תרופות

ג. אשפוזים וניתוחים

יש לפרט סיכומי מחלה מאשפוזים אחרונים/אשפוזי נוכחי

תאריך/שנה	שם בית החולים	ניתוח / סיבת אשפוז
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

שם הרופא

התיכנה והתחליות

א. מידע רפואי

קוד	אבחנות עיקריות	מתאריך	מערכת	
01	Ischemic Heart Disease		Heart / Circulation	1
02	s/p Myocardial Infarction			
03	s/p CABG			
04	s/p PTCA			
05	Cardiac Arrhythmia			
06	Atrial Fibrillation			
07	Pacemaker			
08	Congestive Heart Failure			
09	Peripheral Vascular Disease			
10	Cerebrovascular Disease		Neurological / Psychiatric	2
11	s/p CVA			
12	Hemiparesis / Hemiplegia			
13	Dysphasia / Aphasia			
14	s/p TIA			
15	Parkinson's Disease			
16	Seizure Disorder			
17	Dementia * * יש לפרט אייזור מסיכראב או מסיכראב או טיולטנ		Endocrine	3
18	Depression			
19	Psychiatric illness * (after the diagnosis) * יש לפרט אייזור מסיכראב			
20	Diabetes Mellitus		Musculoskel	4
21	Hypothyroidism			
22	Hyperthyroidism		Respiratory	5
23	Osteoarthritis			
24	Rheumatoid Arthritis			
25	s/p Hip Surgery		Renal	6
26	Chronic Lung Disease			
27	Asthma		Oncological	7
28	Renal Failure (acute or chronic)			
29	Hemodialysis			
30	Peritoneal dialysis		Other	8
31	Describe type of tumor, spread, past and current therapy			
32	Anemia			
33	Malnutrition			
34	Hypertension			
35	Infectious Disease			
36	Alcohol or drug abuse			
37	Other (provide details)			



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד
תאריך

3. אינדן סיעודי	
א נשימה	1. נושם חופשי 2. זקוק לאינהלציות 3. זקוק לחמצן 4. טרכיאוסטומיה, מכשיר
ב מצב הפה	1. תקין 2. תותבות ומספל בעצמו 3. עזרה בטיפול בשיניים/תותבות 4. זקוק לטיפול פה
ג מצב העור	1. תקין 2. מריחה/פצע - מטפל בעצמו 3. מריחה/פצע - טיפול ע"י אחרת 4. פצע לחץ (ראה סעיפים הבאים)
ד פצע לחץ (מספר)	יש לסמן את מספר פצעי הלחץ (בכל הדרגות) יש לסמן מספר 4 אם יש 4 או יותר פצעים.
ה פצע לחץ (זרנה)	1. אודס בלבד 2. שטחי / שלמות 3. מעורבות השומן והת-עורי 4. עובר את שכבת השומן לרקמות
ו ראייה	1. סבירה - ללא משקפים/עדשות 2. סבירה - עם משקפים/עדשות 3. מוגבלת 4. עיוורון
ז שמיעה	1. סבירה 2. סבירה - עם מכשיר 3. מוגבלת - ללא מכשיר 4. חרשות
ח משקל	1. משקל רצוי וציב 2. עודף משקל 3. תת משקל - יציב 4. תת משקל - בירוח
4. שימוש באביזרים מיכשיר	
א העברות	1. מגוף
ב נידות	1. מקל / טריפוד וכד' 2. הליכון 3. כסא גלגלים 4. מוטזה
ג האכלה	1. זונה 2. נטרואסטומיה (PEG, Button) 3. בענטסטומיה (PE) 4. TPN
ד שליטה	1. מרז 2. קטטר 3. סטומה (כל סוג) 4. מוצרי ספיגה
ה נשימה	1. טרכיאוסטומיה - לא זקוק לסקשן 2. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן מדי פעם 3. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן כל יום 4. משתמש במכשיר (כמו יאשוו) לא קבוע 5. מונשם באופן קבוע

3. מצב תפקודי	
א רחצה	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית - כולל חלק מהגוף, נילוח 4. עזרה מלאה
ב הלבשה	1. עצמאי 2. סיוע קל - כולל השלמת כיפתור וכד' 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה
ג העברות	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה
ד נידות	1. מתהלך לבד (כולל עם מכשיר) 2. השגחה בזמן הליכה 3. עזרה חלקית - תמיכה 4. עזרה מלאה או ריתוק
ה אכילה ושתייה	1. עצמאי 2. הגשה - כולל חיתוך וכד' 3. עזרה חלקית - כולל דרבון 4. עזרה מלאה - כולל חונח אנטרלית
ו שליטה מתן שתן	1. עצמאי - שולט 2. שולט ברוב הזמן - מיל שפוש באביזרים ומספל עצמו 3. שליטה חלקית וזקוק לשורה 4. אי שליטה במתן שתן
ז שליטה יציאות	1. עצמאי - שולט 2. שולט ברוב הזמן ומספל בעצמו 3. עזרה חלקית - מדיק שות השלם בחיך וכד' 4. אי שליטה במתן צואה
2. מצב קוגניטיבי ורגשי	
א מצב הכרה	1. בהכרה מלאה 2. בהכרה מלאה אבל ישנוני 3. בהכרה מעורפלת 4. מרוסר הכרה
ב מצב קוגניטיבי	1. מתמצא בזמן ובמקום, זכרון שמור 2. הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזכרון 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות ובזכרון 4. דמנציה מתקדמת
ג מצב רגשי	1. מצב הרוח תקין 2. חרד/מטורח 3. אדיש / מסוגר בעצמו 4. עצוב / מדוכא
ד התנהגות	1. משתף פעולה ורגוע 2. לא משתף פעולה <input type="checkbox"/> לא רגוע 3. אי שקט ו/או שוטטות 4. תוקפן מילולי או פיזי
ה תקשורת	1. מבין ומדבר ברור בשפתו 2. מבין ומדבר לא ברור (הפרעה בדיבור) 3. מבין אבל לא מסוגל לדבר 4. לא מבין ולא מדבר
שם המועמד	
חתימת המועמד	



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

הנחיות: בטופס זה יש למלא חוות דעת כללית על הנבדק וסביבתו אשר תתבסס על התרשמות הבודק/ת מהנבדק, משפחתו וסביבתו.

1. תיאור התרשמותך מהנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: הופעה חיצונית, לבוש, הגיינה, מצב רוח ועוד.

2. תיאור התרשמותך מסביבת הנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: צפיפות הדיור, ניקיון הבית, גישה לשירותים ולחדר רחצה, באיזה קומה גר הנבדק והאם יש מעלית? מעברים בבית ועוד. (הערה: חולה שנמצא במוסד, לציין סוג המחלקה, סיעודי/תשוש נפש ועוד).

3. סיכום:

חתימה

שם האחות
