

טופס הערכה תפקודית

פרטי המבוטח					
שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מספר תעודת זהות		שנת לידה		רחוב	
מספר		עיר		מיקוד	
טלפון		טלפון נייד		שפה מדוברת	
0 2 0 נ		0 0 א 0 ג 0 ר			
מין		מצב משפחתי		מספר ילדים	
מספר		עיר		מיקוד	
רחוב		שנת לידה		שפה מדוברת	
שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מספר תעודת זהות		שנת לידה		שפה מדוברת	

מקום הערכה: <input type="radio"/> בבית <input type="radio"/> במוסד סיעודי, שם המוסד:
סוג מחלקה:
דירוג מוגן/מח' תומכת/מח' עצמאים/מח' תשושים/מח' תשושי נפש/מח' סיעודית/מח' סיעודי מורכב/אחר, פרט:
הערכה בוצעה בתאריך: בשעה: נכחו בראיון מלבד המבוטח:
שם מוסר המידע וקרבתו למבוטח: לא נכח בן משפחה בראיון, סיבה:
מגורים: <input type="radio"/> גר לבדו <input type="radio"/> גר עם בן זוג <input type="radio"/> גר עם בן זוג סיעודי <input type="radio"/> גר עם מטפל/ת צמוד/ה <input type="radio"/> אחר:
שם איש קשר: קרבה:
כתובת: טלפון בבית: טלפון נייד:

אשפוז ב- 3 חודשים אחרונים		
מספר אשפוזים	תאריך אשפוז אחרון	סיבת האשפוז
אבחנות רפואיות: האישור הרפואי מתאריך: _____		
בעיות ומגבלות רפואיות / תפקודיות בנוסף לאבחנות הרפואיות שפרטת לעיל:		

תרופות טיפולים ואביזרי עזר		
רשימת תרופות בשימוש	טיפולים מיוחדים בציון תדירות (זריקות, פיזיותרפיה)	אביזרי עזר
1.	5.	
2.	6.	
3.	7.	
4.	8.	
הערות:		

← סדר יום של המבוטח הנבדק

יש להתייחס לסדר היום של הנבדק במשך היממה, פעילויות וטיפולים שעובר.

← שירותים קיימים

האם הנך מעסיק עובד זר לטיפולך? כן לא

האם הנך מקבל שירותי סיעוד מחברת סיעוד? כן לא

שם חברת הסיעוד: _____

שיעור גמלת סיעוד מחברת הסיעוד _____

או לחלופין שעות גמלת סיעוד מחברת הסיעוד: _____

← בדיקת הצורך בעזרת הזולת (נא סמן רק אפשרות אחת בכל סעיף תפקוד)

קימה / שכיבה

בפעולה זו יש לבדוק את יכולת הנבדק לעבור ממצב שכיבה לישיבה וממצב ישיבה לעמידה. האם משתמש באביזרי עזר לצורך המעבר? במידה וקיים קושי במעברים, ציין מי עוזר לו. _____

במידה וזקוק לעזרה בביצוע הפעולה, העזרה תינתן על ידי הבודק בלבד. נבדק המרותק לכיסא גלגלים יש לבדוק יכולתו לעבור לכיסא גלגלים. האם מופיעים סימנים אובייקטיביים המצביעים על מאמץ בלתי סביר? _____

פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____

ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____

ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____

- 1. עובר ממצב שכיבה ומישיבה לעמידה בכוחות עצמו כולל היעזרות באמצעי עזר או נדרש לנוכחות הזולת לצורך השגחה ו/או דרבון לביצוע המעבר.
- 2. אינו מצליח להשלים מעבר ממצב שכיבה ומישיבה לעמידה בכוחות עצמו, למעט עזרה כמפורט בסעיף 1.

ניידות

בפעולה זו יש לבדוק יכולת עצמאית של הנבדק לנוע ממקום למקום בלא עזרת הזולת. יש לבדוק ניידות בין חדרים (שירותים/מקלחת/מטבח). _____

במידה וזקוק לעזרה בביצוע הפעולה - העזרה תינתן על ידי הבודק בלבד. _____

פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____

ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____

ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____

- 1. נייד באופן עצמאי או נעזר באביזרי עזר (קביים, מקל, הליכון, או אביזר אחר) ומסוגל להתנייד באמצעותם בכוחות עצמו או זקוק לנוכחות או השגחת הזולת לצורך ניידות.
- 2. סובל מחוסר שיווי משקל / חוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות אשר פוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום.
- 3. מתנייד בכיסא גלגלים עם יכולת עצמאית להנעתו או אינו מסוגל להתנייד בכוחות עצמו או באמצעות אביזרי עזר (קביים, מקל, הליכון, אביזר אחר) או מרותק למיטה או לכיסא גלגלים ללא יכולת הנעתו באופן עצמאי.

הלבשה / הפשטה
<p>בפעולה זו יש לבדוק ולתאר לבישה/פשטה של פריט גוף עליון (חולצה), לבישה/פשטה של פריט גוף תחתון (מכנסיים או חצאית), גריבת גרביים, נעילת נעליים והרכבת מכשיר אורתופדי (פרוטזות) אם יש.</p> <p>האם מופיעים סימנים אובייקטיבים המצביעים על מאמץ בלתי סביר?</p> <p>פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____</p> <p>ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____</p> <p>ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____</p>
<p>1. מתלבש ומתפשט בכוחות עצמו כולל הרכבת מכשירים אורתופדיים או זקוק לנוכחות הזולת לצורך ביצוע השגחה ו/או דרבון לביצוע ההלבשה או ההפשטה.</p> <p>2. אינו מצליח להתלבש או להתפשט בכוחות עצמו או להרכיב מכשיר אורתופדי בכוחות עצמו.</p>
רחצה
<p>בפעולה זו יש לבדוק רחיצת פנים וידיים במים. הדגמה "על יבש" של רחיצת פלג גוף עליון ותחתון, חפיפת ראש, רחיצת כפות רגליים. כמו כן יש לבדוק האם הנבדק מסוגל להיכנס ולצאת ממתקן הרחצה. האם מופיעים סימנים אובייקטיבים המצביעים על מאמץ בלתי סביר?</p> <p>מטעמו במידה ונמסר לך: _____</p> <p>ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____</p> <p>ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____</p>
<p>1. מתרחץ באופן עצמאי לרבות רחצה בישיבה ומסוגל להיכנס ולצאת ממתקן הרחצה בכוחות עצמו או זקוק לנוכחות צמודה ו/או דרבון לביצוע הרחצה ללא עזרה פעילה.</p> <p>2. אינו מצליח להתרחץ בכוחות עצמו ו/או להיכנס או לצאת ממתקן הרחצה בכוחות עצמו.</p>
אכילה ושתייה
<p>בפעולה זו יש לבדוק ולתאר אכילת מזון עצמאית על ידי המבוטח בכל דרך או אמצעי למעט אכילה באמצעות קשית ולרבות שתיה באמצעות קשית.</p> <p>האם מופיעים סימנים אובייקטיבים המצביעים על מאמץ בלתי סביר?</p> <p>פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____</p> <p>ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____</p> <p>ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____</p>
<p>1. אוכל ושותה בכוחות עצמו (לאחר שהמזון הוכן, נחתך והוגש לו) כולל נוכחות הזולת לצורך השגחה או דרבון לביצוע פעולת אכילה או שתיה או מתפעל בכוחות עצמו אביזרי הזנה מלאכותיים.</p> <p>2. אינו מצליח לאכול או לשתות בכוחות עצמו או לתפעל אביזרי הזנה מלאכותיים או אינו מצליח להביא את רובו המוחלט של המזון אל פיו בכוחות עצמו.</p>
שליטה על הסוגרים
<p>בפעולה זו יש לבדוק האם קיים שימוש קבוע במוצרי ספיגה למיניהם ו/או שימוש קבוע בקטטר ו/או סטומה.</p> <p>יש לתאר את אופן תפקודו של הנבדק על פי מידע שהתקבל מהנבדק ובני משפחתו לגבי השליטה בסוגרים.</p> <p>פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____</p> <p>ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____</p> <p>ציין את התרשמותך לגבי יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על בדיקתך והמסמכים הרפואיים שנמסרו לך: _____</p>
<p>1. שולט על שני הסוגרים.</p> <p>2. שולט על שני הסוגרים, אך זקוק לסיוע בהיגיינה אישית לאחר הפרשות ו/או קיימים אירועים של חוסר שליטה באופן לא מהותי.</p> <p>3. סובל מדליפת שתן או צואה באופן מהותי או אינו שולט על אחד הסוגרים ו/או שניהם, כולל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר או בחיתולים או בסופגנים.</p> <p>4. מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטא בתכיפות במתן שתן ובשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו.</p> <p>*לעניין זה - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולת הניידות.</p>

← **בדיקה קוגניטיבית "תשישיות נפש" והצורך בהשגחה בתוך הבית**

זקוק להשגחה מתמדת
איבד את כושר שיפוטו ומבצע פעולות העלולות לסכן אותו, למשל: יוצא מביתו ולא מוצא את דרכו חזרה. בני המשפחה נועלים את הדלת למנוע יציאה ו/או מדליק גז ומשאיר אותו פתוח עד לסכנת דליקה.
אדם הגורם סכנה ממשית לעצמו או לאחרים בעקבות התנהגות אלימה. כגון: שובר, הורס, מכה, דופק את הראש בקיר.
פרט את המידע שמסר לך המבוטח או מי מטעמו במידה ונמסר לך: _____
ציין את אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח ובמידה ונעזר, מי עוזר לו לביצוע הפעולה: _____
ציין את התרשמותך מהתנהגות בעת הביקור שיתוף פעולה, אדיש, רגוע, תוקפן וכד': _____

← **הבנה והתמצאות של הנבדק: יש לברר האם מתמצא בנושאים הבאים:**

הערות	האם מתמצא?	נושא
		האם יודע את מקום מגוריו
		האם יודע תאריך לידה
		שם האב
		שם הרופא
		מתמצא בחדרי הבית/מוסד (מטבח, שירותים, סלון וכד')

אירועים ותקריות ב - 3 חודשים אחרונים (סוג אירוע, שכיחות ומקור מידע):

קיום השגחה בפועל על ידי מי (הסתמכות על סדר היום ומידע אחר):

האם קיימים מקרים בהם נשאר לבדו. ציין מספר השעות ביממה והנסיבות:

האם כאשר נשאר לבדו נועלים את הדלת: כן לא

להערכתך, האם הנבדק

אינו מסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו:

עלול לסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו. דרושה נוכחות מתמדת של אדם נוסף בבית:

האם הנך ממליץ על בירור נוסף במרפאה גריאטרית? כן לא

← **התרשמות האח/ות מהנבדק, מגבלותיו ומתנאי הסביבה**

מצב הדיור והתאמתו:

קומה/מעלית:

התאמת השירותים:

מצב ההיגיינה האישית:

הערות:

← **המלצה למעקב**

מעקב שיגרת

מבחן התלות נעשה סמוך לאירוע כמו CVA / ניתוח ולכן מומלץ מעקב בעוד: _____ חודשים

טלפון	חתימה	שם האח/ות
-------	-------	-----------

למילוי על ידי הבודק

סה"כ ADL מזכה: _____

בהתאם להמלצת האח/ות, האם להפנות את הנבדק לחוות דעת רופא גריאטר? כן לא

טבלת סיכום תפקוד המבוטח הנבדק ציין בהתאם ל ADL את הערכים 0 או 1 וסכם את התוצאה

הערות	ניקוד	סוג התפקוד
		קימה / שכיבה
		ניידות
		הלבשה / הפשטה
		רחצה
		אכילה ושתייה
		שליטה על הסוגרים
		סה"כ

X

תאריך	חתימת הבודק	שם הבודק
-------	-------------	----------