

## הפניית הרופא המטפל לרופא ממיין בתחום התפתחות הילד

1 פרטים אישיים		
גיל	מספר זהות	שם מלא של הילד

2 סיבת ההפניה
<p>לאיזה טיפול הילד לדעתך זקוק? <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> ריפוי בדיבור <input type="checkbox"/> אבחון רב צוותי, פרט: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

3 נתונים של הילד בזמן הבדיקה				
גיל	משקל	אחזון	גובה	ס"מ אחזון
<p>הריון תקין/לא תקין, פרט: _____</p> <p>לידה תקינה/לא תקינה, פרט: _____ שבוע לידה: _____</p> <p>סיבוכים סב לידתיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____</p> <p>האם הילד אושפז פעם ולמה? _____</p> <p>ניתוחים: כפתורים/אדנואידים/הרניה/כריתת שקדים/אחר: _____</p> <p>האם היו פרכוסים מחום: _____ אחר: _____</p> <p>האם בטיפול תרופתי קבוע או ממושך? פרט: _____</p> <p>האם עבר בירורים רפואיים? פרט: _____</p> <p>בדיקת רופא א"ג: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>בדיקת שמיעה: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>בדיקת ראייה: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>האם הילד סבל או סובל מ: _____</p> <p>דלקות אוזניים חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא    דלקות גרון חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא    דלקות ריאה חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>בעיות התפתחות ידועות: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ממצאים בבדיקה גופנית: _____</p> <p>_____</p>				
שם הרופא		חתימת הרופא		תאריך מילוי ההפניה
		x _____		