

טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד- שאלון להורים
نموذج تحويل لوحدة نمو وتطور الطفل- استبيان

1. פרטים כללים | تفاصيل عامة

תאריך לידה לועזי تاريخ الميلاد	מין الجنس	תעודת זהות של הילד رقم هوية الطفل	שם מלא של הילד/ה اسم الطفل/ة الكامل
_____	<input type="checkbox"/> זכר / ذكر <input type="checkbox"/> נקבה / أنثى	_____	_____
מספר פקס رقم الفاكس	מספר טלפון בבית رقم الهاتف في المنزل	כתובת العنوان	
_____	_____	_____	
מספר טלפון נייד של האם رقم الهاتف الخليوي الخاص بالوالدة	שם האם اسم الوالدة	מספר טלפון נייד של האב رقم الهاتف الخليوي الخاص بالوالد	שם האב اسم الوالد
_____	_____	_____	_____
מיילים רלבנטים: _____			
ענאווין בריד إلكتروني ذات علاقة: _____			
תאריך מילוי שאלון تاريخ تعبئة الاستمارة	סניף קופת חולים فرع صندوق المرضى	שם רופא הילדים اسم طبيب الأطفال	
_____	_____	_____	

2. פרטי הגורם המפנה | تفاصيل الجهة التي قامت بالتحويل

פרטי הגורם המפנה: הורים גננת/מורה רופא טיפת חלב אחר: _____

תفاصيل الجهة التي قامت بالتحويل: والدين الحاضنة / المعلمة طبيب طبيبات حلاف آخر: _____

הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: טיפול בריפוי בעיסוק טיפול בריפוי בדיבור (נא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית אחר: _____

السبب الأساسي لتوجهكم لوحدة نمو الطفل: المعالجة عن طريق العلاج الوظيفي معالجة النطق (الرجاء إرفاق فحوصات الأنف والأذن والحنجرة وفحص السمع) العلاج الطبيعي (فيزיותרابيا) التطوري آخر: _____

דעת ההורים על הפניה: _____

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____

ראי والدين بالتحويل: _____

מתי אנתבית לילדך לראשונה? _____

3. הריון ולידה | الحمل والولادة

משקל הלידה הوزن أثناء الولادة	גיל ההריון (בשבועות) سن الحمل (بالأسابيع)	בית החולים בו נולד المستشفى التي ولد فيها الطفل	מהלך הלידה سير الولادة	מהלך ההריון سير الحمل
<p>צורת לידה: <input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> עכוז <input type="checkbox"/> מלקחיים <input type="checkbox"/> ואקום <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי מתוכנן <input type="checkbox"/> דחוף <input type="checkbox"/></p> <p>סיבוכים לאחר הלידה: _____</p> <p>طريقة الولادة: <input type="checkbox"/> עادية <input type="checkbox"/> مجيء مقعدي (עכוז) <input type="checkbox"/> מלפט <input type="checkbox"/> פאקום <input type="checkbox"/> عملية قيصرية مخطط لها <input type="checkbox"/> عاجل <input type="checkbox"/></p> <p>מضاعفات מאבד הולדה: _____</p>				

4. מצב בריאות | الحالة الصحية

האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____

מומים גופניים: _____

טיפול תרופתי ממושך: _____

אשפוזים בעבר: _____

ניתוחים: _____

هل يعاني طفلك من مرض مستمر؟ إذا كانت الإجابة نعم، فالرجاء ذكر التفاصيل: _____

تشوهات بدنية: _____

علاج دوائي مستمر: _____

مكث في المستشفى في الماضي: _____

خضع لعمليات جراحية: _____

5. שינה | النوم

מספר שעות שינה רצופות בלילה: _____

האם הילד מתעורר במשך הלילה? _____ ואם כן כמה פעמים? _____

האם הילד מרטיב בלילה? _____ ואם כן באיזו תדירות? _____

האם הילד נוחר או משמיע קולות בזמן השינה? כן לא

האם הילד נושם עם פה פתוח בזמן השינה? כן לא

عدد ساعات النوم المتواصلة أثناء الليل: _____

هل يستيقظ طفلك أثناء الليل? _____ إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة يستيقظ? _____

هل يبيل الطفل نفسه أثناء الليل? _____ وإذا كانت الإجابة نعم فبأيّة وتيرة يبيل نفسه? _____

هل يشخر الطفل أو يطلق أصواتا أثناء نومه? نعم لا

هل يتنفس الطفل وفمه مفتوح أثناء نومه? نعم لا

6. התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום | התطور العضلي والأداء اليومي

באיזה גיל ילדך:

_____ מהו سن طفلك؟

התהפך: בטן/גב: _____ גב/בטן: _____ זחל: _____ ישב: _____ הלך: _____

שליטה מלאה בצרכים: _____ מגיל: _____ ביום: _____ בלילה: _____

האם ילדך מתלבש לבד? _____ עוזר בהלבשה/הפשטה או זקוק לעזרה מלאה? _____ האם ילדך אוכל באופן עצמאי? _____

הל תَقَلَّب: بطن/ظهر: _____ ظهر/ بطن: _____ زحف: _____ جلس: _____ مشى: _____

תחגם كامل بقضاء الحاجة: _____ من سن: _____ في ساعات النهار: _____ في ساعات الليل: _____

هل يرتدي طفلك ملابسه لوحده? _____ يساعد في ارتداء الملابس / خلعها أم يحتاج إلى مساعدة كاملة? _____ هل يتناول طفلك الطعام بشكل مستقل? _____

7. דיבור | النطق

איזו שפה מדברת האם? _____ איזו שפה המדבר האב? _____

אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? _____

במידה והשפה במסגרת החינוכית שונה משפת האם, מהי השפה המדוברת במסגרת החינוכית? _____

כמה זמן הילד נמצא במסגרת זו? _____

מאיזה גיל השמיעה/הילד/ה: מילים ראשונות? _____

צירופי 2-3 מילים? _____ באיזה גיל דיבר בשטף? _____

איך נושם בערנות? דרך הפה דרך האף. האם משתמש במוצץ? כן לא האם מוצץ אצבע? כן לא

האם הילד מדבר בקול רם לדעתך? _____

_____ מהי הלغة التي تتحدثها الأم?

_____ מהי הלغة التي يتحدثها الأب?

_____ أية لغات إضافية يسمعاها الطفل في المنزل?

_____ في حال ان اللغة المحكية في الإطار مختلفة عن اللغة الام, ما هي اللغة المستخدمة في الإطار التربوي?

_____ منذ متى يتواجد الطفل في هذا الإطار?

_____ في أي سن قام/ت الطفل/ة بنطق كلماته/الأولى?

_____ جملة من كلمتين أو 3 كلمات? _____ في أي سن صار الطفل يتحدث بطلاقة?

_____ كيف يتنفس الطفل أثناء استيقاظه? من خلال الفم من خلال الأنف. هل يستخدم عضاضة? نعم لا

_____ هل يتحدث الطفل برأيك بصوت عالي? _____

8. אכילה | تناول الطعام

- הילד: ינק אכל מבקבוק הנקה וגם בקבוק
 באיזה גיל עבר מאכילה בבקבוק לאכילת מזון מוצק? _____
- הילד אוכל בפה: פתוח סגור . האם יש בררנות באוכל? כן לא
- האם הילד מרייר? כן לא
- הطفل: رضع رضاعة طبيعية استخدم القنينة رضاعة طبيعية واستخدم القنينة
 في أي سن تم فطام الطفل من القنينة ليتناول الطعام الصلب?
 هل يأكل الطفل: بقم مفتوح بقم مغلق. هل الطفل شديد الانتقائية فيما يتعلق بالطعام? نعم لا
 هل يسيل اللعاب (ريالة) من فم الطفل? نعم لا

9. תחושה | الشعور

- האם ילדך נמנע מנגע (חיבוק, ליטוף)? כן לא
- האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים? כן לא . אם כן תפרטי: _____
- האם ילדך נמנע / מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון: נוזל/מוצק? כן לא
- האם ילדך סובל מבחילה בנסיעה או במתקני גן שעשועים? כן לא
- האם ילדך מחפש / נמנע מנדנוד חזק? כן לא
- هل يمتنع طفلك عن الملامسة (الحضن، الملاطفة)؟ نعم لا
- هل لاحظت حساسية ما تجاه الملامسة الجسدية تجاه مواد كالرمل / الصمغ / الماء؟ نعم لا . إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء التفصيل هنا: _____
- هل يمتنع طفلك عن أنواع طعام مختلفة أو يبيحث عنها (كالطعام الصلب / الطعام السائل)? نعم لا
- هل يعاني طفلك من الغثيان أثناء التنقل بالسيارة أو في مرافق حديقة الألعاب? نعم لا
- هل يتأرجح طفلك بقوة أو يمتنع عن التأرجح بقوة نعم لا

10. התנהגות

אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/י 1 אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/י 5 אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים 2,3, ו-4. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר:

קולני וחסר שקט	5	4	3	2	1	שקט ורגוע
בעיות האכלה יום יומיות	5	4	3	2	1	קל מאד להאכיל אותו
בעיות שינה תכופות	5	4	3	2	1	ישן טוב
בדרך כלל חסר מנוחה	5	4	3	2	1	בדרך כלל רגוע
פעילות יתר	5	4	3	2	1	חסר פעילות
לא נהנה ממגע	5	4	3	2	1	מתרפק, קל לחיבוק
התפרצויות זעם, מטיח את הראש	5	4	3	2	1	קל להרגיע אותו
נוטה לתאונות, הרפתקן	5	4	3	2	1	זהיר
נמנע מקשר עין	5	4	3	2	1	נהנה מקשר עין
אינו אוהב קשר עם אנשים	5	4	3	2	1	אוהב חבר
מתקשה מאוד להיפרד	5	4	3	2	1	נפרד בקלות (מאבא או אמא)

תארי/י נא, התנהגויות של ילד/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה: _____

תארי/י נא אירועים חריגים, טראומטיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילד/תך, נא פרטי/י אירוע, _____

גילו/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובתו/ה: _____

האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד' ? כן לא **אם כן**, אנא פרטי/י כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול: _____

10. السلوك

الرجاء وضع علامة لطفلك /طفلتك فيما يتعلق بالسلوكيات التالية: الرجاء وضع دائرة حول **1** إذا كان الطفل يمارس السلوك المشار إليه على اليمين طيلة الوقت. الرجاء وضع دائرة على **5** في حال كان الطفل يمارس السلوك المشار إليه على اليسار طيلة الوقت. يمكن وضع علامة على الأرقام **2، 3، و 4** للإشارة إلى المعدلات المتوسطة للتصرفات (مثلاً: انفجار الغضب، هز الرأس بقوة)، الرجاء الإشارة إلى النسبة المناسبة:

صاحب ولا يتوقف عن إصدار الأصوات هادئ وصامت	5	4	3	2	1
مشاكل يومية في إطعامه من السهل جدا إطعامه	5	4	3	2	1
مشاكل متكررة في النوم ينام بصورة جيدة	5	4	3	2	1
غير هادئ بشكل عام هادئ بشكل عام	5	4	3	2	1
نشط أكثر من اللازم غير نشط	5	4	3	2	1
لا يتمتع بالملامسة دافئ، من السهل معانقته	5	4	3	2	1
نوبات غضب، يقوم بضرب رأسه من السهل تهدنته	5	4	3	2	1
يميل للتورط في حوادث، مغامر حذر	5	4	3	2	1
يتمتع بالتواصل البصري يتمتع بالتواصل البصري	5	4	3	2	1
لا يحب العلاقة بالآخرين يتواصل مع الآخرين	5	4	3	2	1
يلاقي مصاعب شديدة في الانفصال يودّع بسهولة (الأب أو الأم)	5	4	3	2	1

الرجاء وصف سلوكيات طفلك / طفلتك التي تثير قلقك أو قلق الآخرين في العائلة:

الرجاء وصف الأحداث الاستثنائية، الصادمة، أو المثيرة للخوف، التي يحتمل أنها قد أثرت على نمو وأداء طفلك / طفلتك الحاليين. الرجاء ذكر الحادث بالتفصيل

سن الطفل / الطفلة لدى وقوع الحادثة وردة فعله / فعلها::

هل خضع/ت الطفل/ة لعلاج عاطفي مهني ما، على غرار استشارة شخصية أو جماعية أو غيرها؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء تفصيل جميع العلاجات التي حصل/ت عليها في الماضي أو الحاضر، بما يشمل نوع الاستشارة، الشخص الذي حصل على الاستشارة، اسم من قدم الاستشارة ومدة العلاج:

11. אישיות והתנהגות כיום | الشخصية والسلوك اليوم

נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:
 الرجاء وضع إشارة إلى جانب أية صفة أو سلوك يميز طفلك / طفلاتك اليوم:

<input type="checkbox"/> עצוב <input type="checkbox"/> חزين	<input type="checkbox"/> שמח <input type="checkbox"/> مسرور	<input type="checkbox"/> מנהיג <input type="checkbox"/> زعيم	<input type="checkbox"/> מונהג <input type="checkbox"/> منقاد	<input type="checkbox"/> נוטה למצבי רוח <input type="checkbox"/> متقلب الأهواء
<input type="checkbox"/> חברתי <input type="checkbox"/> اجتماعي	<input type="checkbox"/> שקט <input type="checkbox"/> هادي	<input type="checkbox"/> פעילות יתר <input type="checkbox"/> نشط أكثر من اللازم	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> مستقل	<input type="checkbox"/> תלותי <input type="checkbox"/> متعلق
<input type="checkbox"/> רגיש <input type="checkbox"/> حساس	<input type="checkbox"/> מביע רגש <input type="checkbox"/> يعبر عن شعوره	<input type="checkbox"/> מלא פחדים <input type="checkbox"/> مليء بالخاوف	<input type="checkbox"/> משתף פעולה <input type="checkbox"/> متعاون	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם <input type="checkbox"/> نوبات غضب
<input type="checkbox"/> חסר אנרגיה / עייף <input type="checkbox"/> قليل الطاقة / تعب	<input type="checkbox"/> אחראי מדי (דואג) <input type="checkbox"/> مسؤول زيادة عن اللازم (قلق)	<input type="checkbox"/> בעיות בשינה <input type="checkbox"/> مصاعب في النوم	<input type="checkbox"/> קשה לשליטה <input type="checkbox"/> من الصعب السيطرة عليه	<input type="checkbox"/> מזג או אופי נוח <input type="checkbox"/> مريح
<input type="checkbox"/> מעדיף להיות לבד <input type="checkbox"/> يفضل أن يكون لوحده	<input type="checkbox"/> לא יזום <input type="checkbox"/> لا يبادر	<input type="checkbox"/> מבולבל <input type="checkbox"/> مرتبك	<input type="checkbox"/> לא מנומס <input type="checkbox"/> غير مهذب	<input type="checkbox"/> אימפולסיבי <input type="checkbox"/> مندفع

12. מסגרת חינוכית
الإطار التربوي

שם המטפלת اسم المعالجة	שם בית ספר/ הגן בו נמצא הילד اسم المدرسة / الحضانة التي يتواجد فيها الطفل	סוג המסגרת نوع الإطار
		5בבית 5מטפלת 5משפחתון 5מעון 5في المنزل 5حاضنة 5حضانة يومية (משפחתון) 5 نويدية بعد الظهر (מעון)
מספר ילדים בכיתה או קבוצה عدد الأطفال في الصف أو في المجموعة	סוג כיתה نوع الصف	כיתה الصف
	<input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> מיוחדת <input type="checkbox"/> מקדמת 5 عادي 5 خاص 5 صف مغلق (מקדמת)	

13. טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי)

* אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן

علاجات النمو في الماضي أو الحاضر (العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي، علاج النطق، علاج نفسي)

* إن كان طفلكم قد مر بعملية تشخيص ما، الرجاء إرفاق التقرير التشخيصي

תוצאות/סיבת הפסקה نتائج / سبب التوقف	משך הטיפול مدة العلاج	מסגרת שבה טופל الإطار الذي تم إجراء العلاج فيه	סוג הטיפול نوع العلاج	
				1
				2

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?

متى انتبهت إلى المصاعب التي يعاني منها طفلك للمرة الأولى?

14. פרטי המשפחה | تفصيل العائلة
פרטי האב (או אב מאמץ/חורג)
تفاصيل الوالد (أو الوالد المتبني / زوج الأم)

שם פרטי ומשפחה الاسم الشخصي واسم العائلة	שנת לידה سنة الولادة	ארץ לידה أرض المولد	מוצא/עדה الأصل / الطائفة
מקצוע المهنة	שנות לימוד سنوات التعليم	מצב בריאותי الحالة الصحية	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): _____

 מצב משפחתי: נשוי גרוש אלמן פרוד רווק

לתقافة أو التأهيل الخاص: _____

مشاكل تطور في الماضي (نمو، تعلم، لغة): _____

 الحالة الاجتماعية: متزوج مطلق أرمل منفصل أعزب

פרטי האם (או אם מאמצת/חורגת) | تفصيل الأم (أو الأم المتبنية / زوجة الأب)

שם פרטי ומשפחה الاسم الشخصي واسم العائلة	שנת לידה سنة الولادة	ארץ לידה أرض المولد	מוצא/עדה الأصل / الطائفة
מקצוע المهنة	שנות לימוד سنوات التعليم	מצב בריאותי الحالة الصحية	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): _____

 מצב משפחתי: נשואה גרושה אלמנה פרודה רווקה

التعليم أو التأهيل الخاص: _____

مشاكل تطور في الماضي (نمو، تعلم، لغة): _____

 الحالة الاجتماعية: متزوجة مطلقة أرملة منفصلة عزباء

15. אחים ואחיות | الإخوة والأخوات

האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה? هل حصل/ يحصل على علاج تطوري؟ أي علاج؟	מסגרת חינוך الإطار التربوي	גיל السن	שם الاسم	
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8

כמה נפשות גרות בבית? _____ מיקום ילד בין האחים: _____
 كم عدد الساكنين في المنزل? _____ ترتيب الطفل بين إخوته: _____

16. הערות נוספות | ملاحظات إضافية

17. פרטי ממלא הטופס | تفاصيل من قام بملء النموذج

שם ההורה הממלא את הטופס اسم الوالدة الذي / التي قام /ت بملء النموذج	חתימה التوقيع
	_____ ✕

במקרה של הורים גרושים/פרודים יש למלא נספח
 في حال ان الوالدين مطلقين/منفصلين يجب ملء الملحق

נספח הסכמת הורים - התפתחות הילד

ملحق موافقة وليي الأمر (للوالدين المطلقين/ المنفصلين) – نمو الطفل

- כאשר מדובר בהורים פרודים, גרושים או נמצאים בתהליך גירושין - יש צורך בחתימה של שני ההורים על טופס הסכמה לטיפול.
- אם יש החלטה של בית המשפט המורה על טיפול בילד למרות סירוב או היעדר אישור של אחד ההורים, יש לצרף עותק של ההחלטה.
- נדרש מלווה מבוגר (אחד מההורים או מי מטעמם) לקטין בביקוריו במרפאה.
- في حال كان الوالدين منفصلين، أو مطلقين، أو في مراحل الطلاق، هنالك حاجة إلى توقيع كلا الوالدين على نموذج الموافقة على تلقي العلاج.
- إذا كان هناك قرار محكمة يفرض تقديم المعالجة للطفل رغم رفض أو غياب موافقة أحد أولياء الأمر، يجب إرفاق نسخة من القرار
- هناك حاجة إلى مرافق بالغ (أحد وليي الأمر أو من يمثلهما) للقاصر لدى زيارته للعيادة.

1. פרטי הילד/ה תفاصيل الطفل/ة

שם מלא האסם الكامل	מספר זהות رقم الهوية	תאריך מילוי השאלון	תאריך מלء الاستمارة

2. הסכמת הורים לטיפול בקטין

موافقة وليي الأمر على معالجة القاصر

נא למלא את הטופס במלואו.

אם קיים אפוטרופוס אחר – נא לצרף מסמך משפטי המבסס זאת.

אני מאשר/ת בזאת את הסכמתי לקבלת אבחון/טיפול/בדיקת רופא לילדי - במרכז להתפתחות הילד של לאומית שירותי בריאות. נרצו תעינת המודג כמלא.

إذا كان هنالك وصي آخر على القاصر، نرغو إرفاق وثيقة قضائية تثبت ذلك.

أصادق بهذا على موافقتي على تلقي تشخيص / علاج / فحص طبي لطفلي - في مركز نمو الطفل التابع للنوميت خدمات الصحة.

חתימת הורה תوقيع ولي الأمر

שם מלא	האסם الكامل	תעודת זהות رقم الهوية	חתימה התوقيع

חתימת הורה תوقيع ولي الأمر

שם מלא	האסם الكامل	תעודת זהות رقم الهوية	חתימה התوقيع

נא ציין מיהו האחראי לליווי של הילד:

الرجاء الإشارة إلى هوية المسؤول عن مرافقة الطفل:

3. עד לחתימה: עורך דין או איש צוות

شاهد على التوقيع: محام أو عضو طاقم

שם מלא האסם الكامل	תעודת זהות رقم الهوية