

תאריך מילוי השאלון: _____
 שם הילד/ה: _____
 ת.ז: _____

שימו לב, שאלון זה כולל 9 עמודים.

לטיפול מהיר בפנייתכם, יש למלא את כל סעיפי השאלון בכתב ברור. תהליך הפניה למכון מתחיל בהכרות של המכון עם ילדך, על מנת שנוכל להכיר אותו ולהתאים לו את אופן ההתערבות הדרוש לו. לשם כך יש צורך בהפניית רופא, מילוי השאלונים והטפסים הר"מ ושליחתם למכון האם המחוזי. מילוי מפורט של דפי המידע יסייע לנו באבחון ילדכם והינו חיוני לקביעת הטיפול הנחוצים.

חלק א': פרטים אישיים

תאריך מילוי השאלון: _____ שם ממלא/ת שאלון: _____
 גורם מפנה: _____ סיבת הפניה למכון: _____
 לדעתכם, איזה עזרה מקצועית נדרשת: _____

פרטי הילד/ה

| | | |
|---|-------------|-----------|
| שם משפחה: | שם פרטי: | מין: ז/ב |
| ת.ז: | תאריך לידה: | ארץ לידה: |
| כתובת: | | |
| כותבת מייל לצורך קבלת עדכונים שוטפים מהקופה: | | |
| מסגרת חינוכית - להקיף: מעון / משפחתון / גן פרטי / גן עיריה/ גן מיוחד / ביי"ס רגיל / ביי"ס מיוחד | | |
| קבוצה של _____ ילדים | | |
| משפחת אומנה: כן/לא | | |
| אימוץ: כן/לא | | |
| שפה מדוברת בבית: _____ שפה מדוברת במסגרת החינוכית: _____ | | |
| כמה זמן חשוף לעברית: _____ | | |
| שפה מדוברת בבית: _____ שפה מדוברת במסגרת החינוכית: _____ | | |
| כמה זמן חשוף לעברית: _____ | | |

| | | | | |
|---|-------------|-------|--------------|------------|
| שם האב: | ת.ז: | גיל: | ארץ לידה: | שנת עלייה: |
| עיסוק: | שנות לימוד: | נייד: | מצב בריאותי: | |
| בעיות התפתחותיות בעבר ו/או בריאותיות בהווה כגון ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות: _____ | | | | |
| התפתחות/רפואיות/נפשיות בעבר או בהווה _____ | | | | |
| כתובת מייל: _____ | | | | |

| | | | | |
|---|-------------|-------|--------------|------------|
| שם האם: | ת.ז: | גיל: | ארץ לידה: | שנת עלייה: |
| עיסוק: | שנות לימוד: | נייד: | מצב בריאותי: | |
| בעיות התפתחותיות בעבר ו/או בריאותיות בהווה כגון ליקויי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות: _____ | | | | |
| התפתחות/רפואיות/נפשיות בעבר או בהווה _____ | | | | |
| כיצד הרגשת לאחר הלידה? (האם היתה תמיכה? האם היה דיכאון אחרי לידה?) פרטי _____ | | | | |
| כתובת מייל: _____ | | | | |

מצב משפחתי: נשואים אם/אב חד הוריים הורים גרושים אחר, פרטי/י _____
 קרבת דם בין ההורים: לא כן, פרטי/י: _____

ילדים נוספים

| שם | מין | גיל | בעיות בריאותיות והתפתחותיות |
|----|-----|-----|-----------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

האם ילדים נוספים במשפחה נבדקו במכון להתפתחות הילד או טופלו עקב קשיים התפתחותיים? _____

האם יש קרובי משפחה נוספים עם לקויות/קשיים התפתחותיים: _____

אירועים משמעותיים בחייו של הילד שתרצו לציין / מתי התרחשו: _____

רקע רפואי והתפתחותי

| | |
|---|--|
| לדעתכם, לאיזו עזרה מקצועית בתחום התפתחות הילד ילדכם זקוק: | |
| האם ההריון והמעקבים במהלכו היו תקינים/לא תקינים? פרט/: | |
| האם הלידה הייתה תקינה/לא תקינה? פרט/: | |
| האם היתה מצוקה בלידה כן/לא, פרט/: | |
| שבוע לידה: _____ משקל לידה: _____ | |

מחלות רקע

| | |
|---|--|
| האם היו סיבוכים לאחר לידה? כן/לא, פרט/: | |
| האם ילדכם סבל או סובל מבעיה רפואית מתמשכת? כן/לא, פרט/: | |
| האם סבל או סובל מפרכוסים? כן/לא, פרט/: | |
| האם ילדכם מקבל תרופות באופן קבוע? כן/לא, פרט/: | |
| האם בטיפולו של רופא מומחה כלשהו? כן/לא, פרט/: | |
| האם ילדכם עבר ניתוח? כן/לא, פרט/: | |

נא סמנו אם בוצעו הבדיקות הבאות ואת התוצאה - נא לצרף העתקי התשובות.

| בדיקה | תאריך | תוצאה | בדיקה | תאריך | תוצאה |
|-------|-------|-----------------------|---------------------------------------|-------|-------|
| ראייה | | תקין/לא תקין *נא לצרף | ייעוץ גנטי | | |
| שמיעה | | תקין/לא תקין *נא לצרף | בדיקת הדמיה מוח CT, MRI, אולטרא-סאונד | | |
| EEG | | תקין/לא תקין *נא לצרף | אחר | | |

רקע התפתחותי

אבני דרך - נא ציינו גיל הופעת אבני דרך הבאות: (אם אינכם זוכרים ציינו מוקדם / רגיל / באיחור)

עמידה _____ הליכה _____ מילים ראשונות _____

| תפקודי יום יום | לא רלוונטי | בדרך כלל | קיים קושי | מתקשה מאוד | הערות |
|---------------------------------|------------|----------|-----------|------------|-------|
| סביבת אכילה נקיה ושימוש בסכונים | | | | | |
| מתמודד עם סוגי מזון ומרקמים | | | | | |
| נרדם עצמאית וישן במיטתו | | | | | |
| עצמאי/עוזר בלבוש ונעילת נעליים | | | | | |

תאריך מילוי השאלון: _____
 שם הילד/ה: _____
 ת.ז: _____

בסעיפים הבאים אנא תארו את תפקוד הילד במידה ורלוונטי לגילו לדעתכם, פרטו בהתאם לצורך:

| קשב וריכוז | לא רלוונטי | בדרך כלל | קיים קושי | מתקשה מאוד | הערות |
|--|------------|----------|-----------|------------|-------|
| מסוגל להתמיד בפעילות ומשחק, להשלים מטלות | | | | | |
| לרוב רגוע ושקט | | | | | |
| מסוגל להתרכז, ואינו מוסח מגירויים חיצוניים. | | | | | |
| מסודר ומאורגן | | | | | |
| אינו תנועי, מסוגל להעסיק את עצמו לאורך זמן | | | | | |
| מסתגל למעברים, מצבים חדשים ושינויים | | | | | |
| סף תסכול תואם גיל, מסוגל לדחות סיפוקים ולהתמודד עם קשיים | | | | | |
| ממושמע, מציית להוראות בבית | | | | | |
| ממלא כללי וחוקי הגן | | | | | |
| מתמודד על מצבים חברתיים, אינו תוקפני ואינו מגיב באלימות (מכות/דחיפות/נשיכות) | | | | | |

| תקשורת / תפקוד חברתי | לא רלוונטי | בדרך כלל | קיים קושי | מתקשה מאוד | הערות |
|--|------------|----------|-----------|------------|-------|
| יוצר קשר עין עם אחרים | | | | | |
| חברותי ונהנה בחברת בני גילו | | | | | |
| מגיב לקריאה בשמו | | | | | |
| משתמש בשפת גוף: מנופף לשלום, מסמן איפה? מהנהן בראשו וכד' | | | | | |
| מתייחס לרגשות האחר ומשתף אחרים ברגשותיו | | | | | |
| פונה לעזרה כשנתקל בבעיה או נבוך | | | | | |

תאריך מילוי השאלון: _____
 שם הילד/ה: _____
 ת.ז: _____

| תחום התפתחות פעילות מוטורית | תקין | קשיים קלים | במידה בינונית | מתקשה מאד | כיצד הקושי בא לידי ביטוי? |
|--|------|------------|---------------|-----------|---------------------------|
| יכולות מוטוריות בסיסיות: הליכה, ריצה, קפיצה | | | | | |
| מוטוריקה גסה/תנועה במרחב: שימוש במתקני חצר, עלייה וירידה במדרגות | | | | | |
| מוטוריקה עדינה: ציור, כתיבה | | | | | |
| משחק: פאזלים ומשחקי קופסא | | | | | |
| שפה: דיבור שוטף, הגיה תקינה | | | | | |
| הבעה: מדבר במשפטים מובנים/תקינים | | | | | |
| מסוגלת/לספר חוויות ולענות על שאלות | | | | | |
| מבין שאלות, הוראות, תוכן סיפורים | | | | | |

| תחומים | כן | לא | פרט |
|---|----|----|-----|
| 1. האם יש תנועות קולות או משחק החוזרות על עצמן כמו הליכה על קצות האצבעות, נפנופי ידיים? | | | |
| 2. האם סובל מחרדות ופחדים, האם יש התנהגותיות יוצאות דופן או התנהגויות שמקשות עליכם? | | | |

האם תרצו להוסיף מידע נוסף? _____

תודה על שיתוף הפעולה
 מערך התפתחות הילד
 מאוחדת

תאריך מילוי השאלון: _____
 שם הילד/ה: _____
 ת.ז: _____

נא סמנו ב-X כל משפט המאפיין (התנהגות אשר מתרחשת לעיתים קרובות) את ילדכם:

הפרעות קשב:

1. לא שם לב לפרטים או עושה טעויות של פזיזות בהכנת שיעורים או מטלות ריכוז אחרות.
2. מתקשה להתמיד בתשומת הלב בתפקידים או משחקים.
3. לעיתים קרובות לא מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות.
4. לעיתים קרובות לא מתמיד בביצוע משימות ולא מסיים תפקידים או שיעורים בביה"ס (לא בגלל התנהגות מרדנית או חוסר הבנה של המשימות).
5. לא מצליח להתארגן במשימות ופעולות.
6. לעיתים קרובות נמנע, לא אוהב או מהסס לבצע מטלות המחייבות מאמץ מנטלי מתמיד.
7. נוטה לשכוח חפצים הקשורים בעבודת ביה"ס (מחברות, ספרים, עפרונות, יומן, וכו'..).
8. מוסח בקלות ע"י גורמים חיצוניים.
9. שכחן בפעולות היומיום.

היפראקטיביות - אימפולסיביות:

א. היפראקטיביות:

1. מנענע באופן קבוע את ידיו, רגליו או זז במקומו.
2. נוטה לעזוב את הכיסא בכיתה או במקומות אחרים בהם נדרשת ישיבה מתמדת.
3. נוטה לרוץ או לטפס במצבים בהם התנהגות זו איה במקומה (במתבגרים נטייה לאי-שקט).
4. מתקשה לשחק או לבצע פעילויות פנאי שקטות.
5. נמצא לעיתים קרובות במצב של תנועה או כאילו מופעל ע"י מנוע.
6. נוטה לדברנות.

ב. אימפולסיביות:

7. נוטה להתפרץ בתשובה לפני שהשאלה הסתיימה.
8. מתקשה לחכות בתור.
9. נוטה להתפרץ או להיכנס באמצע (בשיחה, משחק, וכו'..).

| כמעט תמיד/תמיד | לעיתים קרובות | לעיתים רחוקות | אף פעם | תיאור התנהגות הילד | |
|----------------|---------------|---------------|--------|--|---|
| | | | | מתקשה לשים לב לפרטים או שעושה טעויות מחוסר תשומת לב. | 1 |
| | | | | מתקשה להתמיד בקשב במטלות שונות או במשחק. | 2 |
| | | | | נראה שאינו מקשיב כשמדברים עמו. | 3 |
| | | | | אינו עוקב אחרי הנחיות או הוראות ומתקשה לסיים משימות. | 4 |
| | | | | מתקשה בארגון פעילויות ומטלות. | 5 |
| | | | | נמנע, לא אוהב או מתנגד לעשות מטלות הדורשות מחשבה | 6 |
| | | | | נוטה לאבד דברים | 7 |
| | | | | מוסח בקלות ע"י גירויים חיצוניים. | 8 |

תאריך מילוי השאלון: _____

שם הילד/ה: _____

ת.ז: _____

| כמעט תמיד / תמיד | לעיתים קרובות | לעיתים רחוקות | אף פעם | תיאור התנהגות הילד | |
|------------------|---------------|---------------|--------|--|----|
| | | | | שכחן בפעילויות יום יומיות | 9 |
| | | | | ממולל בידיים וברגליים או מקפץ בכיסא. | 10 |
| | | | | עוזב את כיסאו בכיתה, או במצבים אחרים בהם יש ציפייה שישאר לשבת. | 11 |
| | | | | רץ או מטפס במצבים בהם לא נהוג לעשות זאת. | 12 |
| | | | | חש קושי לשחק או ליהנות מפעילויות פנאי בשקט. | 13 |
| | | | | נמצא בתנועה מתמדת, או מתנהג כאילו יש לו "מנוע בישבן". | 14 |
| | | | | מדבר ללא הפסקה. | 15 |
| | | | | פולט תשובות לפני תום השאלה, או מתפרץ לאמצע המשפט. | 16 |
| | | | | מתקשה לחכות לתורו. | 17 |
| | | | | מפריע או מציק לאחרים (למשל, מתפרץ למשחקים, נוגע וכו'). | 18 |
| | | | | מתעצבן בקלות | 19 |
| | | | | מתנגד לבקשות מבוגרים או לחוקים | 20 |
| | | | | כעוס וממורמר | 21 |
| | | | | מחזיר לאחרים, לא "נשאר חייב" | 22 |
| | | | | מאיים על אחרים | 23 |
| | | | | מתחיל בקטטות | 24 |
| | | | | משקר בשביל שלא יאשימו אותו ובשביל לצאת ממחויבויות | 25 |
| | | | | מתנהג באכזריות לאנשים אחרים | 26 |
| | | | | גונב חפצים בעלי ערך | 27 |
| | | | | בכוונה הורס רכוש של אחרים | 28 |
| | | | | קיימים פחדים, חרדות ודאגות | 29 |
| | | | | נמנע מהתנסות בדברים חדשים מפחד של כישלון | 30 |
| | | | | מרגיש נחות וחסר חשיבות | 31 |
| | | | | מרגיש אשם ומאשים את עצמו בכל בעיה | 32 |
| | | | | מרגיש בודד, לא רצוי ולא אהוב | 33 |
| | | | | מרגיש עצוב, חסר שמחת חיים ומדוכא | 34 |
| | | | | נעלב בקלות | 35 |

תאריך מילוי השאלון: _____
שם הילד/ה: _____
ת.ז: _____

לכבוד

המוסד הרפואי _____
א.ג.ב.
אני החתום מטה, מס' ת"ז: _____ נותן בזה רשות ל _____ (שם המטפל/המוסד הרפואי
(למסור ל _____) להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, אודותי / אודות ילדי
(_____)
לציין שם ות.ז. (בקשר עם מצב בריאותי/בריאות ילדי) למחוק את המיותר (ו/או כל מחלה שחליתי בה/שחלה ילדי
(למחוק את המיותר) בעבר, או שאני חולה בה כעת/שילדי חולה בה כעת) למחוק את המיותר (לרבות מידע על טיפולים
פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקבלתי/קיבל ילדי) מחק את המיותר (באופן שיידרש על ידי המבקש).

הנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת
שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי/ בריאות ילדי ו/או מחלותיו
(מחק את המיותר) כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או
תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה
לענין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפוטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
שם האב: _____
כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
תאריך: _____ חתימה: _____
פרטי העד לחתימה: (פקיד במרפאה, רופא, אחות, עו"ד, עו"ס, פסיכולוג, סוכן ביטוח, מורשה חתימה בבנק)
תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת"ז: _____ כתובת: _____
מס' רישיון: _____ תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

אישור הורים לקבלת טיפול מרחוק

תאריך מילוי השאלון: _____

שם הילד/ה: _____

ת.ז.: _____

לכבוד
קופת חולים מאוחדת

שם הילד/ה _____ ת.ז. _____

אנו הורה הילד/ה מסכימים בזאת / הורה הילד/ה מסכים בזאת (מחק את המיותר)

כי הטיפולים בילדי/ילדנו יבוצעו באופן מקוון, בהתאם לזכאותו שבסל הבריאות.

כמו כן אני מאשר / אנו מאשרים, כי הוסבר לי/לנו שהטיפול המקוון נחשב כטיפול לכל דבר, הן מבחינה המקצועית והן מבחינת החובה לשלם עבור כל טיפול אגרה בהתאם לחוק.

כמו כן, מובן והוסבר לי/לנו, כי הטיפולים שיינתנו לילדי/ילדנו באופן מקוון יכללו בחישוב מתוך מכסת טיפולי סל התפתחות הילד המגיעים לו עפ"י חוק.

חתימת ההורה / ההורים:

שם: _____ שם: _____

ת.ז.: _____ ת.ז.: _____

תאריך מילוי השאלון: _____
שם הילד/ה: _____
ת.ז: _____

הריני מאשר/ת בזאת לילדי _____ ת"ז: _____
לקבל אבחון/טיפול/בדיקת רופא - במכון להתפתחות הילד של קופת חולים מאוחדת.

שם האם: _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____

שם האב: _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____