

שאלון הכרות – פיזיותרפיה התפתחותית

חלק א': פרטים אישיים:

תאריך מילוי השאלון: ____ / ____ / ____ שם ממלא השאלון: _____

פרטי הילד/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' ת"ז:	תאריך לידה:	מין:
			/ /	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

ארץ לידה:	תאריך עליה:	מסגרת חינוכית+ כמה זמן במסגרת חינוכית זו:
	/ /	

פרטי המשפחה:

כתובת:	טלפון בבית:	כתובת מייל:

פרטי האב:

שם:	גיל:	ארץ לידה	שנת עלייה:	שנות לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
			/ /			

מצב בריאות:	בעיות התפתחותיות בעבר ו/או בריאותיות בהווה (כגון- שיתוק מוחין, פיגור, אוטיזם- PDD ליקויי קשב וריכוז, ליקויי למידה, ליקויי ראייה, חרשות...)

פרטי האם:

שם:	גיל:	ארץ לידה	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
			/ /			

מצב בריאות:	בעיות התפתחותיות בעבר ו/או בריאותיות בהווה (כגון- שיתוק מוחין, פיגור, אוטיזם-PDD ליקויי קשב וריכוז, ליקויי למידה, ליקויי ראייה, חרשות...)

מצב משפחתי: נשואים אב/אם חד הוריים גרושים אחר, פרט _____
 קרבת דם בין ההורים: לא כן, פרט _____
 לאילו שפות חשוף ילדיכם? _____

חלק ב': פרטי ההפניה

א. יוזם ההפניה: <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> רופא <input type="checkbox"/> גננת/מורה <input type="checkbox"/> טיפת חלב <input type="checkbox"/>
ב. סיבת ההפניה:
ג. פניה ראשונית למכון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____

חלק ג': פרטי ילדים נוספים במשפחה

שם:	מין:	גיל:	בעיות בריאות התפתחותיות:

האם ילדים נוספים במשפחה נבדקו/טופלו במכון להתפתחות הילד/ ע"י צוות פרא-רפואי (כגון מרפאה בעיסו', פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וכו'...)? פרט: _____

חלק ד': רקע רפואי

הריון ולידה	משקל לידה:	איזה שבוע של ההריון נולד/ה
מהלך ההריון: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין, פרט:	מהלך הלידה: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין, פרט:	אשפוזים וברורים רפואיים בעבר <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:
האם נעשו בדיקות ראייה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין מתי ותוצאה:	האם נעשו בדיקות שמיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין מתי ותוצאה:	מצב בריאות נוכחי:
תרופות קבועות: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	אלרגיות ידועות: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	קופ"ח:
שם רופא הילדים:	רופאים / מעקבים/ בדיקות נוספות שהילד עבר:	

חלק ה': רקע התפתחותי

מתי התחיל להתהפרך?	לזחול?	לעמוד?	ללכת?
האם ממלמל?		האם חיקה קולות/ הברות?	
מילים ראשונות בגיל?			
דיבור שוטף מגיל?			
תזונה: האם ינק?		כיצד הסתגל להנקה?	
בעיות תזונה לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:			
האם בכה הרבה? לא <input type="checkbox"/> כן		כיצד נרגע: מוצץ, בקבוק, הנקה, ערסול על הידיים, מנשא, נדנוד, אחר:	

חלק ו': תחושה

© תגובה מיוחדת להלבשה/ אמבטיה ומים/ גזיזת ציפורניים
 © האם ישנם סוגי מזונות או מרקמים שנמנע לאכול? כן/לא- פרט העדפות _____
 © האם ישנם סוגי מרקמים שנמנע לגעת? כן/לא- פרט _____
 © כיצד מגיב לרעשים חזקים או בלתי צפויים?
 © האם נהנה ממשחקי תנועה כמו: הנפה באוויר/ נדנוד/ סיבובים/ נסיעה באוטו (סמן)
 © האם נהנה במגרשי משחקים: מגלשה/ קרוסלה/ בימבה נדנדה/ נדנדת קפיץ?

חלק ז': הרגלים ושגרות

© האם ישנם שינויים קיצוניים במצבי הרוח? _____
 © אופן אכילה: כפית/בקבוק/הנקה/ידיים
 © אופן שתיה: בקבוק/כוס. מידת עצמאות באכילה ושתייה: _____
 © הרגלי שינה וקימה: משתמש במוצץ/בקבוק/הנקה/ זקוק לנוכחות מבוגר וכדומה כדי להירדם?
 © האם קיים טקס לפני השינה ומהו? _____
 © כיצד תגדיר/ את ילדך: נוח, בכיין, ישנוני, ערני, חסר שקט, תקשורתי (סמן)

חלק ח': משחקי ופנאי

© האם משתמש בידיו או בפניו לחקירת משחק? כן / לא
 © האם הילד יודע להעסיק עצמו באופן עצמאי? כן / לא
 © האם נענה למשחק משותף? כן / לא
 © מה עושה כאשר ניתן ספר (מגיל שנה?) _____
 © האם נהנה ממשחקי הרכבה, בנייה והשחלה? כן / לא _____

חלק ט': מוטוריקה

© האם קיימת עדיפות יד: ימין / שמאל
 © האם קיימים קשיים לעבור מזחילה לעמידה / מזחילה לישיבה / מישיבה לעמידה / מעמידה להליכה.

י. מיומנויות שפה ותקשורת

1. בקשות

© מה עושה הילד/ה כשרוצה למשוך תשומת לב? _____
 © מה עושה הילד/ה כשרוצה לאכול? /או כשרוצה צעצוע? _____
 © מה עושה הילד/ה כשלא רוצה משהו? _____
 © כיצד מבטא הנאה? _____

2. הבעה (עד גיל 3)

⊙ האם מבקש דברים על ידי הצבעה או הושטת יד?
⊙ האם משתמש בג'סטות (סימנים בידיים שיש להם משמעות של מילה?) סמנו איזה מהן: אין / אוי אוי אוי / נפל / איפה / הצבעה / ביי ביי / מחיאת כפיים / אוטו / גדול/ כדור / כובע / חם / לא / כן / טעים / שקט / בקשה שירימו אותו.
⊙ איזה הפקות קוליות משמיע? איזה צלילים?
⊙ האם אומר מילים? איזה?
⊙ האם אומר חלקי מילים?
⊙ האם משלים מילים?
⊙ האם מצרף מילים למשפט קצר?

חלק ח': מידע התפתחותי כיום (לגילאי שנתיים וחצי ומעלה)

אם הנכם מתרשמים שילדיכם מתקשה באחד התחומים אנא סמנו X אופרטו במה:

הערות	מתקשה			לא מתקשה	תחום התפתחות
	במידה רבה	במידה בינונית	במידה קלה		
					יכולות מוטוריות בסיסיות: זחילה, הליכה, ריצה
					מוטוריקה גסה/ תנועה במרחב: לדוגמא: שימוש במתקני חצר, משחקי כדור
					פעילות בידיים/ מוטוריקה עדינה: לדוגמא: ציור, כתיבה, גזירה, העתקת צורות, עבודת יצירה, משחקי הרכבה
					רגישות גבוהה מדי לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה
					רגישות נמוכה מדי לגירויים חושיים: לא שם לב/ מגיב פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה/ ריח/ טעם
					יכולות קשב וריכוז: התמדה בפעילות/ לא מוסח בזמן משחק, בשעת ריכוז, בפעילות לימודית
					היפראקטיביות/ אימפולסיביות: תנועתיות מותאמת לגיל, מחכה בסבלנות לתורו, חושב לפני שפועל
					התארגנות: מתארגן בזמן למטלות ופעילויות ו/או מתארגן עם חפצים/ מטלות, ו/או מתארגן עם רצף פעולות באופן עצמאי
					יוזמה/ מוטיבציה: מעלה רעיונות למשחקים חדשים, מגוון בסוגי המשחקים, מגלה סקרנות ועניין בסביבה
					שפה- הבנה: מבין את הנאמר (הוראות, שאלות, סיפורים)
					שפה- הבעה: אוצר מילים מתאים, משפטים, מצליח לבטא את עצמו, תאור חוויות ותכנים
					שפה- היגוי: היגוי תקין (האם דיבור מובן?), דיבור שוטף
					תקשורת: יוצר קשר עין, הדדיות- מגיב לילדים/ מבוגרים בהתאם לסיטואציה/ יוצר קשרים חברתיים/ מבקש עזרה
					יכולת למידה: זוכר חומר חדש, שולט במושגי יסוד כגון צבע/ צורות

					התנהגות: לדוגמא: מסתגל למקום חדש, אין קשיי משמעת/ התפרצויות זעם/ אין תוקפנות/ מופנמות/ תנועתיות יתר/ קשיים במשמעת/ קשיי הסתגלות)
					מצב רגשי: בטוח בעצמו, אין סימני חרדה, אין קשיי פרידה, קיים בטחון עצמי, לא מופנם/ ביישן, אין סף תסכול נמוך
					שליטה על צרכים:
					אכילה:
					הרגלי שינה:
					פרידה מההורים:

ט'. מסגרת חינוכית נוכחית: _____

י'. האם היו / ישנם קשיים במסגרת הגנית / בית ספרית: _____

יא'. האם הילד/ה אובחן/נה בעבר עקב קשיים התפתחותיים (פרט האבחונים שבוצעו, מתי והיכן וצרף הדוחות): _____

יב'. האם קיים קשר עם גורמים טיפוליים אחרים? אם כן, הקף בעיגול

פסיכולוג / עובדת סוציאלית / פיזיותרפיסט / מרפאה בעיסוק / קלינאית תקשורת / גנת שי"ח

פרט: _____

יג'. קושי אחר ומידע נוסף:

כתב ויתור הדדי – סודיות רפואית

לכבוד:

המרפאות האוניברסיטאיות אוניברסיטת אריאל בשומרון

אני החתום מטה, _____ מס' ת"ז: _____ נותן בזה רשות למרפאות ו/או

לעובדיהן ו/או לכל מי שפועל מטעמם או בשליחותם למסור על מצב בני/בתי:

שם: _____ ת"ז: _____

לרבות מצבי בריאות ו/או מחלה, לרבות מידע על טיפולים ו/או כל מידע, ללא יוצא מן הכלל ל: (יש לסמן ב

(v –

שירות פסיכולוגי חינוכי

קופת חולים

אחר:

צוות חינוכי

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/י או של בני/בתי 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 לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף ללא הגבלת זמן.

כמו כן, הריני לאשר למרפאות להעביר אלי מידע רפואי של המטופל, לרבות: אבחון, בקשות, סיכומי טיפול וכיוצ"ב לדוא"ל: _____@_____ או לפקס מס': _____

פרטי החותם (במקרה של קטין או חסוי, יחתום על המסמך האפוסטרופוס החוקי):

שם המשפחה	שם פרטי	מס. ת.ז.	שם האב

כתובת	עיר	מיקוד	תאריך	חתימה

פרטי העד לחתימה : (מטפל כלשהו, מנהלת או עובדת המרפאות) :

תפקיד: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת.ז.: _____

טופס הסכמה מדעת והתחייבות – טיפולים

הורים יקרים,

אנו מאחלים לכם הצלחה רבה בתהליך הטיפול. כדי להפיק ממנו את המירב אנו מבקשים להפנות את תשומת לבכם להוראות ולהנחיות הבאות:

- ישנה חשיבות רבה למעורבות של ההורים לאורך הטיפולים ורצויה נוכחותו והשתתפותו הפעילה של אחד ההורים בטיפול.
- הדרכת הורים הינה חלק בלתי נפרד מתהליך הטיפול והיא מהווה חלק מזמן הטיפול, על פי הנהלים של משרד הבריאות. מעת לעת ובהתאם לצורך הטיפול, יוזמנו ההורים לפגישה עם המטפל/ת. רצוי ומומלץ מאד כי לפגישה זו יגיעו 2 ההורים.
- הטיפולים ניתנים בסדרה קבועה – אחת לשבוע. על פי הנחיות קופת החולים. משך הטיפול 45 דקות, כולל הכול.
- למען הצלחת הטיפול בילדיכם, ישנה חשיבות רבה לטיפולים שבוע אחר שבוע – אנא שימרו על רצף הגעה לטיפול לטובת ילדכם ועל מנת שנוכל להמשיך ולשריין לכם את השעה שנקבעה.
- במקרים הבאים רשאית המרפאה להפסיק את הטיפולים הקבועים ולהעביר את המטופל לרשימת ההמתנה:
 - 5.1. במקרה בו לא הגיע המטופל לשני טיפולים ולא הודיע על כך 24 שעות מראש, למעט במקרי חירום.
 - 5.2. במקרה בו המטופל לא הגיע ליותר מ-30% מהטיפולים בתקופה של שלושה חודשים.

חשוב לציין שכאשר מטופל לא מגיע לטיפול, יעשה מאמץ להציע לו טיפול אחר במקום הטיפול שבטל. במקרים אלו, נסו להתגמש ולהגיע **חד פעמית** לטיפול גם בשעות פחות נוחות וזאת כדי לא לפגוע ברצף הטיפולי.
- מועד התורים עשוי להשתנות בהתאם לצרכי המערכת, במקרה של שינוי תקבלו על כך הודעה טלפונית ויעשה מאמץ להתאים את שעות הטיפול לזמנים הנוחים לכם.
- כל פגישה טיפולית המתקיימת בין המטפל לכל גורם שהוא (הורים, מורים, מטפלים אחרים וכו') תתבצע תמורת התחייבות או תשלום.
- השרות ניתן תמורת התחייבות של קופות החולים או תשלום פרטי – שיוסדר מראש, בתחילת כל טיפול.
במידה ולא תתקבל התחייבות, חובה להשאיר צ'ק ערבון על סך 180 ש"ח, שיופקד לאחר שבועיים ימים במידה ולא תתקבל התחייבות מהמטופל עד מועד זה.
- המרפאות הן גם מרפאות אוניברסיטאיות, המכשירות סטודנטים מתחומי עיסוק שונים ולכן סטודנטים יוכלו לצפות ולטפל בבתכם/בנכם תחת הנחייה והדרכה צמודה מהמטפל המדריך בתחום. ישנה חשיבות רבה לנוכחות או להשתתפות הסטודנט בטיפול לשם הכשרתו. אולם, על פי נוהל משרד הבריאות זכותך לסרב לכך. אם ברצונך לסרב, אנא הודע למשרד בכתב.
- 10. למילוי על ידי המטופל או אפוטרופוס:**
הריני לאשר כי נמסר לי על ידי המטפל המידע הרפואי הדרוש לי, לרבות: האבחנה, מהות הליך הטיפול ומטרתו, תועלת סיכונים וסיכויים בטיפול לרבות תופעות לוואי וכיוצ"ב, והחלטתי להסכים לטיפול המוצע,
שם הילד: _____ שם ההורה: _____ תאריך: _____
נא סמן: ההורים גרים יחד/ ההורים גרים בנפרד _____ חתימה: _____

חובה למלא בכל מקרה בו ההורים לא גרים ביחד (גרופים או פרודים או שלעולם לא נישאו):

הריני מאשר/ת בזאת לילדי _____ ת.ז. _____ לקבל אבחון/טיפול במרפאות אוני.

שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ נייד _____

שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____ נייד _____