

הפניית הרופא המטפל לרופא ממיין בתחום התפתחות הילד

| 1 פרטים אישיים | | |
|----------------|-----------|----------------|
| גיל | מספר זהות | שם מלא של הילד |
| | | |

| 2 סיבת ההפניה |
|--|
| 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: _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

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