

טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד - שאלון להורים

פרטים כלליים			
שם מלא של הילד/ה	תעודת זהות של הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה לועזי
כתובת	מספר טלפון בבית	מספר פקס	
שם האב	מספר טלפון נייד של האב	שם האם	מספר טלפון נייד של האם
מיילים רלבנטיים: _____			
שם רופא הילדים	סניף קופת חולים	תאריך מילוי שאלון	

2 פרטי הגורם המפנה

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

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

דעת ההורים על ההפניה: _____

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____

3 הריון ולידה

מהלך ההיריון	מהלך הלידה	בית החולים בו נולד	גיל ההיריון (בשבועות)	משקל הלידה

צורת לידה: רגילה עכוז מלקחיים ואקום ניתוח קיסרי מתוכנן דחוף

סיבוכים לאחר הלידה: _____

4 מצב בריאות

האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____

מומים גופניים: _____

טיפול תרופתי ממושך: _____

אשפוזים בעבר: _____

ניתוחים: _____

5 שינה

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

6 התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום

באיזה גיל ילדך:

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? _____

7 דיבור

 איזו שפה מדברת האם? _____ איזו שפה המדבר האב? _____
 אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? _____ 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? _____

8 אכילה

 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

9 תחושה

 האם ילדך נמנע ממגע (חיבוק, ליטוף)? כן לא
 האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים? כן לא. אם כן תפרט/י: _____
 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 מנדנדוד חזק? כן לא

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:

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

תאר/י נא, התנהגויות של ילדך/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה:

תאר/י נא אירועים חריגים, טראומתיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילדך/תך, נא פרטי 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 כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול:

נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:

<input type="checkbox"/> עצוב	<input type="checkbox"/> שמח	<input type="checkbox"/> מנהיג	<input type="checkbox"/> מונהג	<input type="checkbox"/> נוסטה למצבי רוח
<input type="checkbox"/> חברתי	<input type="checkbox"/> שקט	<input type="checkbox"/> פעילות יתר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תלותי
<input type="checkbox"/> רגיש	<input type="checkbox"/> מביע רגש	<input type="checkbox"/> מלא פחדים	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם
<input type="checkbox"/> חסר אנרגיה / עייף	<input type="checkbox"/> אחראי מדי (דואג)	<input type="checkbox"/> בעיות בשינה	<input type="checkbox"/> קשה לשליטה	<input type="checkbox"/> מזג או אופי נוח
<input type="checkbox"/> מעדיף להיות לבד	<input type="checkbox"/> לא יוזם	<input type="checkbox"/> מבולבל	<input type="checkbox"/> לא מנומס	<input type="checkbox"/> אימפולסיבי

12
טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי)
*** אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן**

תוצאות/סיבת הפסקה	משך הטיפול	מסגרת שבה טופל	סוג הטיפול	
				1
				2

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה? _____

13
מסגרת חינוכית

שם המטפלת	שם בית ספר/ הגן בו נמצא הילד	סוג המסגרת
		<input type="checkbox"/> בבית <input type="checkbox"/> מטפלת <input type="checkbox"/> משפחתון <input type="checkbox"/> מעון
מספר ילדים בכיתה או קבוצה	סוג כיתה	כיתה
	<input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> מיוחדת <input type="checkbox"/> מקדמת	

14
פרטי המשפחה
פרטי האב (או אם מאמץ/חורג)

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

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

 מצב משפחתי: נשוי גרוש אלמן פרוד רווק

פרטי האם (או אם מאמצת/חורגת)

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: _____

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

 מצב משפחתי: נשואה גרושה אלמנה פרודה רווקה

15 אחים ואחיות			
שם	גיל	מסגרת חינוך	האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה?

כמה נפשות גרות בבית? _____ מיקום ילד בין האחים: _____

16 הערות נוספות

17 פרטי ממלא הטופס	
שם ההורה הממלא את הטופס	חתימה
_____	_____ * _____