

טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד- שאלון להורים

1. 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
<p>פרטי הגורם המפנה: <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> גננת/מורה <input type="checkbox"/> רופא <input type="checkbox"/> טיפת חלב <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בדיבור (נא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) <input type="checkbox"/> טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>דעת ההורים על הפניה: _____</p> <p>מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____</p>

3. הריון ולידה			
מהלך ההיריון	מהלך הלידה	בית החולים בו נולד	גיל ההיריון (בשבועות)
<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>			

4. מצב בריאות
<p>האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____</p> <p>מומים גופניים: _____</p> <p>טיפול תרופתי ממושך: _____</p> <p>אשפוזים בעבר: _____</p> <p>ניתוחים: _____</p>

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? _____
 במידה והשפה במסגרת החינוכית שונה משפת האם, מהי השפה המדוברת במסגרת החינוכית? _____
 כמה זמן הילד נמצא במסגרת זו? _____
 מאיזה גיל השמיע/ה 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 ברנות 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 תפרטי/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 מנדנוד חזק? כן לא

10. התנהגות

אנא, דרגי 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

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

תארי/י נא אירועים חריגים, טראומתיים 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'י? כן לא **אם כן**, אנא פרטי/י כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול: _____

11. אישיות והתנהגות כיום

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"/> נוטה למצבי רוח
<input type="checkbox"/> חברתי	<input type="checkbox"/> שקט	<input type="checkbox"/> פעילות יתר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תלתי
<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. מסגרת חינוכית

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

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

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

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה? _____

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?	
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8

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

16. הערות נוספות

17. פרטי ממלא הטופס	
שם ההורה הממלא את הטופס	חתימה
	_____ x

במקרה של הורים גרושים/פרודים יש למלא נספח

נספח הסכמת הורים - התפתחות הילד

- 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.

1. פרטי הילד/ה		
שם מלא	מספר זהות	תאריך מילוי השאלון

2. הסכמת הורים לטיפול בקטין		
<p>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.</p>		
חתימת הורה		
שם מלא	תעודת זהות	חתימה
חתימת הורה		
שם מלא	תעודת זהות	חתימה
נא ציין מיהו האחראי לליווי של הילד: _____		

3. עד לחתימה: עורך דין או איש צוות	
שם מלא	תעודת זהות