



טופס הפניה לילדים לטיפול (מעל גיל 6)

(ימולא ע"י ההורים)

הורים נכבדים !

לפניכם טופס המורכב משלושה חלקים שהם :

א. פרטים אינפורמטיביים על המשפחה.

ב. נתונים על התפתחותו של הילד והרגליו.

ג. תיאור מצבו של הילד היום, וסיבת הפנייתו למרכז הטיפול.

הנכם מתבקשים למלא את הפרטים האישיים על מנת שנוכל לקבל תמונה שלמה יותר של ילדכם ולצורך התאמת טיפול ומטפל מיטביים, עם זאת לפי חוק אין חובה למסור פרטים אישיים.

(המורה תקבל טופס נפרד).

פרטים אישיים יאוחסנו במאגר מידע ממוחשב לצורך מקצועי פנימי של המרכז הטיפולי דימונה בלבד.

תאריך מילוי הטופס: _____ חתימת ההורים: _____

אני מסכים/ה לקבל מידע אודות פעילות "המרכז לטיפול בילדים ונוער דימונה" לכתובת הדוא"ל שמסרתי ו/או מסרונים (SMS) לטלפון הנייד.

* מאגר המידע עפ"י החוק להגנת הפרטיות.

א. פרטים

שם הילד: _____ מס' ת.ז.: _____

המין – ז / נ תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ גיל: _____

כיתה: _____ ביה"ס: _____

כתובת מגורים: _____

ישוב: _____

קופת החולים בה הילד מבוטח: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד הורה 1: _____ טלפון נייד הורה 2: _____

מייל עדכני: _____@_____



תיאור המשפחה:

הערות	מוצא	נשואים שניים	תאריך				ת.ז.	שם	
			גירושים	נשואים	עליה	לידה			
									הורה 1
									הורה 2
הורים חורגים									
									הורה 1
									הורה 2

* לגבי הילדים ציין: ע"פ סדר לידה כולל הילד המופנה. (נא לציין גם בן משפחה שנפטר)

ילדים	שם	ת.לידה	ת.עליה	כתיב	גר בבית כן / לא	מוצא	הערות
1.							
2.							
3.							
4.							

השכלה מקצוע עיסוק נוכחי אחר

האב _____

האם _____

** לגבי השכלת ההורים ציין: עממי, תיכון, מקצועי, אקדמאי, אחר

ב. התפתחות:

הריון מתוכנן: כן / לא. טיפולים לקראת הריון: כן / לא.

במשך תקופת ההריון האם היו: בחילות / דימום / שמירת הריון / מחלות / תאונה / צילומים

במידה ויש לך מה להוסיף לגבי התופעות האלו, או אחרות, נא לציין: _____.

תחושה כללית בזמן ההריון: טובה / לא כל כך טובה / רעה. הייתה הכנה ללידה טבעית: כן / לא.

מהלך לידה:

הלידה הייתה: טבעית (קשה / קלה) מלקחיים / וואקום / ניתוח קיסרי / אחר: _____.

הרדמה כללית / חלקית. הלידה הייתה בשבוע ה: _____.

תנוחת התינוק בזמן הלידה: ראש / כתפיים / עכוז / חבל טבור כרוך על צוואר / אחר: _____.



משקל לידה: _____ . היה באינקובאטור: כן / לא. במשך: _____

תופעות ראשוניות אחרי הלידה: בכה מיד / נשם ספונטני / כחלון / אי שקט.

תופעות מיוחדות כגון: צהבת / יובש / שפה שסועה / אחר: _____

תזונה והנקה:

ינק: כן / לא, משך כמה זמן _____ קשיים בהנקה: כן / לא.

עבר לבקבוק בגיל: _____, גמילה מבקבוק: קשה / קל, בגיל: _____

בעיות אוכל מיוחדות: _____

(מעבר מוצקים/ גיוון באכילה/ התנסות במרקמים שונים/ רגישות למזון)

התפתחות פסיכו מוטורית (ציין גיל):

הרים ראש _____, חייד _____ זחל _____, ישב _____, הלך _____, דיבור _____.

האם היו שיבושי דיבור: כן / לא. גמגום: כן / לא. האם היו בעיות התפתחותיות מוטוריות: _____.

קיבל טפול: כן / לא. מתי _____, היכן _____, דומיננטיות: ימין / שמאל

התפתחות שפתית

באיזה גיל החל לומר מילים ראשונות? _____ באיזה גיל החל/ התחילה לומר משפטים? _____

האם היו קשיים בהתפתחות השפה כמו, התפתחות איטית של השפה, גמגום, שיבושי הגייה, אחר _____

האם הקושי מופיע כיום? כן/ לא. אם כן, באיזו תדירות והאם מטופל? _____

טמפרמנט/ מזג:

תארו את מזג הילד/ כתינוק (רגוע/ בכיין/ חסר שקט וכו') _____

מה עזר/ עוזר לו להירגע _____

מצב בריאותי:

האם קיימות בעיות בריאותיות/ רפואיות/ מחלות כרוניות/ נפשיות/ הפרעת קשב וריכוז/ לקות למידה אצל המטופל או במשפחה הקרובה?

כן/ לא. אם כן, אנא פרטו:

אנא פרטו את כל האבחונים והטיפולים (אבחון פסיכודיאגנוסטי/ טיפול רגשי/ אבחון פסיכודידקטי/ קלינאי תקשורת/ פיזיותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ טיפול נוירולוגי/ הוראה מתקנת):



אם בידכם סיכומי טיפול/ אבחונים או חוות דעת אנא צרפו העתק לטפסי הפנייה או העבירו בדרך אחרת למרכז הטיפול.

הרגלי ניקיון:

באיזה גיל ישב על סיר ושלט בצרכיו: _____ . יבש ביום מגיל: _____ . יבש בלילה מגיל: _____ .
עדיין מרטיב: כן / לא, ביום / בלילה. הערות: _____

מעברים/ פרידות:

באיזה גיל נכנס/ה למסגרת לראשונה? _____
האם היו קשיי פרידה/ הסתגלות סביב כניסה למסגרת? מעברים? בפעוטון/ בגן/ כיתה א' / אחר

הרגלים שונים כיום:

מציצת מוצץ / מציצת אצבע / כרסום ציפורניים / תלישת שערות / לטיפת חפץ (כרית, צמר וכד') /

התקשרות לחפץ מסוים אחר. _____

טיקים: מצמוץ עיניים / תנועות ראש / אחר: _____

(נא לציין גם אם היו תופעות בעבר, וכיום הפסיקו) _____

שינה:

בעיות בהשכבה: כן / לא באיזה גיל: _____

תופעות כיום:

נרדם בקלות: כן / לא, ישן בחדר נפרד: כן / לא, עם מי בחדר: _____

מתלונן על חלום מפחיד: _____ מדבר או צועק מתוך שינה: _____ חורק שיניים: _____

דופק בראש: _____ פותח עיניים בלי להתעורר: _____ קם והולך מתוך שינה: _____

חלומות ביעותים: _____ ישן בחדר מואר: _____ עובר בלילה למיטת ההורים: _____

קשיי התעוררות בבוקר: _____ ישן כשחפץ בידו: _____

אם היו תופעות אלה בעבר – נא לפרט: _____

ג. תפקוד והתנהגות:

קשיים והפרעות נוכחיים:

ממתי שמתם לב לתופעות שצינתם: _____, האם היו קשיים בעבר: _____



אילו?

מתי?

האם הילד/ה חווה/תה אירוע טראומתי בעברו/ה, אובדנים/אירועי חיים מלחיצים יוצאי דופן (מוות של אדם קרוב / תאונות דרכים / אירוע של פגיעה פיזית חמורה בו או באדם קרוב לו וכיו"ב)?

האם הילד/ה חווה קשיים סביב תפקוד לימודי? אם כן, אנא פרטו:

האם נשאר שנה נוספת בבית הספר/ גן? אם כן, מה היו הסיבות:

אנא פרטו שמות גנים/ בתי ספר בהם למד:

התייחסות הילד לביה"ס: מצבו החברתי של הילד:

משחק עם ילדים בשעות אחה"צ: האם משתלב בפעילויות של בני גילו:

האם חשוף להטרדות/ התנכלות מהסביבה או מציק/ מתנכל לאחרים? כן/ לא. אם כן, אנא פרטו:

לוקח חלק בחוגים כלשהם (מחוץ למסגרת ביה"ס):

מצבו והתנהגותו במסגרת המשפחתית: מידת הקשר עם האחים:

האם קשור לאחד ההורים במיוחד ולמי?

האם קשור למשפחה הרחבה (סבים, דודים וכד'):

מאפיינים אישיים:

תארו את מצב הרוח האופייני לילד: (עליו/ עזוב/ תנודות במצב הרוח וכו')

האם קיימות בעיות התנהגות/ משמעת בבית כן/ לא במידה וכן אנא פרטו:

האם הילד עצמאי בהתאם לגילו? אנא תארו כיצד מתמודד עם מצבי תסכול וכשלון:

בסיכום: אנא פרטו את הבעיה העיקרית המטרידה אתכם (בגללה הנכם מפנים את הילד):



ד. הפניה למרכז טיפולי:

1. מי יזם את הפניה? _____
2. האם שתפתם את הילד בהחלטה זו? _____
3. מה הייתה תגובתו? _____
4. האם מישהו אחר במשפחה נמצא, או היה בטיפול, אנא פרטי: _____
5. מי מילא את הטופס הנוכחי? _____

תודה על שיתוף הפעולה!