



Department of Psychiatry

האגף הפסיכיאטרי

מרפאת לוטוס – המרפאה למבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

הנדון: טפסי הערכה למרפאת לוטוס

על מנת לאפשר טיפול מיטבי בפנייתך למרפאתנו את/ה מתבקש/ת למלא שאלון זה. במידה וקיימים נושאים שלהערכתך רלוונטיים לפנייתך למרפאתנו ואינם נשאלים או מוזכרים בשאלון המצורף, ניתן לצרפם בנפרד.

כמו כן, הינך מתבקש לצרף:

1. סיכום מטעם רופא משפחה הכולל את המצב הרפואי, אבחנות הווה ועבר וכן טיפול תרופתי.
 2. תוצאות אבחונים או סיכומים פסיכולוגיים ו/או פסיכיאטריים אם היו כאלה בעבר (כולל מרכז אבחון וועדה ממשרד הרווחה).
- את השאלון המלא וכל מידע רלוונטי אחר, ניתן להעביר למרפאתנו באופן אישי, בפקס, או לשלוח בדואר רגיל תוך ציון הכותרת: "מרפאת לוטוס – המרפאה למבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית". מטעמי שמירה על סודיות רפואית לא ניתן להעביר מידע אישי בדואר אלקטרוני.

דואר אלקטרוני לשאלות כלליות: lotus@sheba.health.gov.il

בכבוד רב, צוות מרפאת לוטוס

נא לפרט ככל שניתן. השאלונים מיועדים לנשים וגברים כאחד

שם פרטי	שם משפחה	
מין (סמן/י)	תעודת זהות	ז / נ
תאריך לידה	שנת עליה	
ארץ לידה	מצב משפחתי (סמן/י)	ר / נ / ג / א
טלפון	טלפון נייד	
כתובת		
דואר אלקטרוני		

מרפאת לוטוס – המרפאה למבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

שם המטופל _____

שם ממלא השאלון _____

קרבה לפונה _____

נתונים משפחתיים

שם האם _____ שם האב _____

שנת וארץ לידה של האם _____ שנת וארץ לידה של האב _____

שמות אחים/ אחיות (במידה יש) ושנת לידה:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

אם נשוי, שם הבעל/אישה _____

שמות ילדים (במידה יש) ושנת לידה:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

נתונים אחרים

האם מוכר בביטוח לאומי (סמן/י): כן / לא

במידה וכן פרט: _____

האם מוכר במשרד הרווחה (סמן/י): כן / לא

אם כן, שם עובד הסוציאלי _____

האם יש עכשיו אפוטרופוס (סמן/י): כן / לא

אם כן, מי _____ למה _____

האם אפוטרופוס בעבר (סמן/י): כן / לא

האם זקוק לעזרה בתפקוד יומיומי: כן / לא

אם כן, מי עוזר לך? אם / אב / אחים / עו"ס / אחר _____

מתגורר (סמן/י): לבד / משפחה / דיור מוגן / הוסטל, אחר: _____

קשיים בראייה

כן / לא

פרטים

קשיים בשמיעה

כן / לא

פרטים

קשיים בהליכה

כן / לא

פרטים

קשיים בתקשורת

כן / לא

פרטים

קשיים בהתנהגות

כן / לא

פרטים

האם זקוק להתאמות, פרטים: _____

סיבת הפניה למרפאת לוטוס

דחיפות: דחוף מאוד / דחוף / רגיל

סיבה

כיצד הגעת למרפאת לוטוס/ מקור הפנייה

שירות צבאי/לאומי

שירות צבאי/לאומי? כן / לא

באם ביצעת שרות צבאי, האם שרות רגיל או בהתנדבות? רגיל / בהתנדבות

לימודים

סוג הגן בו למד (סמן/י): רגיל / רגיל+ שילוב / גן שפתי / גן תקשורתי/ אחר:

סוג ביה"ס בו למד (סמן/י): רגיל / רגיל+ שילוב / חינוך מיוחד אחר:

כמה שנות לימוד בתיכון סיים רשמית: פחות מ-9 / 9 / 10 / 11 / 12 / מעל 12 שנים
האם קיבל תעודת בגרות (סמן/י): מלאה / חלקית / לא.

מצב רפואי (היסטוריה)

מצבים רפואיים כיום ובעבר (כולל מצבים כגון אפילפסיה, כאבי ראש, שיתוק מוחין וכו')

מצבים פסיכיאטריים כיום ובעבר (כולל מצבים כגון סכיזופרניה, דיכאון, חרדה, הפרעת קשב, וכו')

האם אי פעם השתמש בסמים או אלכוהול לא/כן (אם כן, פרט גילאים, תדירות שימוש וסוגי חומרים):

האם מקבל טיפול תרופתי עכשיו? כן / לא

אם כן, פרטים:

האם קיבל אי פעם טיפול תרופתי? כן / לא (במידה וכן, פרט)

תרופה	באילו שנים	סיבה	השפעה

יש אלרגיות/רגישות לתרופות? כן / לא אם כן, איזו?

קשיים גופניים ונפשיים במשפחה (חברי משפחה הלוקים באוטיזם, מוגבלות שכלית התפתחותית, הפרעות ניורולוגיות, הפרעות תנועה, שימוש בסמים וכו')

אבחונים וטיפולים

האם עבר אבחון למוגבלות שכלית? כן / לא

פרטים:

יודעים מה הסיבה למוגבלות שכלית? כן / לא

אם כן, מה הסיבה:

האם בוצע בירור גנטי כלשהו בעבר? כן / לא

אם כן, מה היו התוצאות:

האם נבדקת אי פעם למנת משכל (IQ)? כן / לא

אם כן, באיזה גיל ומה היו התוצאות?

האם עבר טיפולים בעבר? כן / לא

במידה וטופלת, אילו טיפולים עברת – נא לכתוב בטבלה סוג טיפול, תדירות, משך ותאריך תחילתו. דוגמאות:
פסיכיאטרי, פסיכולוגי, DIR, ABA, ריפוי בעיסוק, טיפול באומנות, טיפול בבע"ח, טיפול קבוצתי ועוד (יש
לצרף עותקים של כל האבחונים לפניה למרפאה)

סוג טיפול	שם מטפל	תדירות הטיפול	תאריכי התחלה וסיום

מידע התפתחותי

מהלך ההיריון: תקין / לא תקין (פרט/י)

מהלך הלידה: לידה רגילה / ניתוח קיסרי (הקף/י)

נולד/ה בשבוע:	משקל לידה:
---------------	------------

גיל התחלת שימוש במילים: _____

גיל התחלת ישיבה: _____

גיל התחלת הליכה: _____

פעילויות יומיומיות (כולל עבודה, לימודים, פעילויות קבוצות) _____

מעוניין להיכלל ברשימת תפוצה של מרפאת לוטוס בדוא"ל כן / לא

תאריך מילוי השאלון	חתימה
--------------------	-------