



Department of Psychiatry

האגף הפסיכיאטרי



'קשת' – המרפאה למבוגרים בספקטרום האוטיסטי

טלפון: 5303752, 5303350-49 שלוחה 1, פקס 5305919 מייל: keshet@sheba.health.gov.il

הנדון: טפסי הערכה למרפאת 'קשת'

על מנת לאפשר טיפול מיטבי בפנייתך למרפאתנו מצורפים הטפסים הבאים:

1. שאלון תולדות חיים למילוי עצמי.
2. שאלון למילוי קרובי משפחה.
3. במידה וקיימים נושאים שלהערכתך רלוונטיים לפנייתך למרפאתנו ואינם נשאלים או מוזכרים בשאלונים המצורפים, ניתן לצרפם בנפרד.
כמו כן, הינך מתבקש לצרף:
 1. סיכום מטעם רופא משפחה הכולל את מצבך הרפואי, אבחנות הווה ועבר וטיפול תרופתי.
 2. תוצאות אבחונים או סיכומים פסיכולוגיים או פסיכיאטריים אם היו כאלה בעבר.את השאלונים המלאים וכל מידע רלוונטי אחר, ניתן להעביר למרפאתנו באופן אישי, בפקס, או לשלוח בדואר רגיל תוך ציון הכותרת: **"קשת- המרפאה למבוגרים בספקטרום האוטיסטי"**. מטעמי שמירה על סודיות רפואית לא ניתן להעביר מידע אישי בדואר אלקטרוני.

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

בכבוד רב,

צוות מרפאת קשת

'קשת' – המרפאה למבוגרים בספקטרום האוטיסטי

שאלון פרטים אישיים לפונה

נא לפרט ככל שניתן. השאלונים מיועדים לנשים וגברים כאחד.

	שם פרטי:		שם משפחה:
	מין (סמך/י):	ז / נ	תעודת זהות:
	תאריך לידה:		עיסוק:
	ארץ לידה:		שנת עליה:
	מצב משפחתי (סמך/י):	ר / נ / ג / א	השכלה:
	דוא"ל		טלפון נייד:
	כתובת:		

נתונים משפחתיים:

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

מהו מקצוע/ עיסוק האם? _____ מהו מקצוע/עיסוק האב? _____

שמות אחים/ אחיות (במידה ויש) ושנת לידה:

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

שמות ילדים (במידה ויש) ושנת לידה:

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

סיבת הפניה למרפאת קשת

כיצד הגעת למרפאת קשת/ מקור הפניה.

לימודים:

סוג הגן בו למדת (סמך/י): רגיל / רגיל+ שילוב / גן שפתי / גן תקשורת/ אחר: _____

סוג ביה"ס בו למדת (סמך/י): רגיל / רגיל+ שילוב / חינוך מיוחד אחר: _____

כמה שנות לימוד בתיכון סיימת רשמית: פחות מ-9 / 9 / 10 / 11 / 12 / מעל 12 שנים

האם קבלת תעודת בגרות (סמך/י): מלאה / חלקית / לא.

האם יש לך השכלה אקדמאית/ קורס מקצועי (סמך/י): כן / לא פרט: _____

מיומנויות לימודיות כיום:

רמת רכישת קריאה	טובה מאוד	טובה	בינונית	נמוכה	נמוכה מאוד
רמת רכישת כתיבה	טובה מאוד	טובה	בינונית	נמוכה	נמוכה מאוד
רמת רכישת חשבון	טובה מאוד	טובה	בינונית	נמוכה	נמוכה מאוד

שירות צבאי/לאומי:

האם התנדבת לשירות צבאי/לאומי? כן / לא

באם בצעת שרות צבאי, האם שרות רגיל או בהתנדבות? רגיל / בהתנדבות אם כן:

דרגה ותפקיד:	סיבת שחרור:
משך השירות:	הישגים מיוחדים בשירות:
בעיות מיוחדות בשירות:	

אבחונים וטיפולים:

האם עברת אבחונים בעבר? כן/לא.

במידה וכן (סמן/י): אבחון התפתחותי / דידקטי / פסיכולוגי / נוירו-פסיכולוגי / פסיכיאטרי / אחר:

במידה ועברת אבחונים באיזה גיל עברת אבחון ראשון? _____
 אילו אבחונים עברת- נא לכתוב סוג אבחון, שנה ומאבחן. דוגמאות: אבחון ליקויי למידה, אבחון ריפוי בעיסוק, אבחון נוירו פסיכולוגי, אבחון פסיכיאטרי, אבחון הפרעות קשב, ADOS, ADI-R. (יש לצרף עותקים של כל האבחונים לפניה למרפאה).

האם נבדקת אי פעם למנת משכל? אם כן, באיזה גיל ומה היו התוצאות?

האם עברת טיפולים בעבר? כן/לא.

במידה וטופלת באיזה גיל התחלת טיפולים? _____

במידה וטופלת, אילו טיפולים עברת – נא לכתוב בטבלה סוג טיפול, תדירות, משך ותאריך תחילתו. דוגמאות: 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

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 קיבלת אי פעם טיפולים תרופתיים כן / לא (במידה וכן, פרט)

תרופה	באילו שנים	סיבה	השפעה

קשיים גופניים ונפשיים במשפחה (חברי משפחה הלוקים באוטיזם, פיגור, הפרעות נוירולוגיות, הפרעות תנועה, שימוש בסמים וכו'):

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

תפקוד:

האם אתה מוכר בביטוח לאומי (סמך/י): כן / לא

במידה וכן פרט:

אחוזי נכות רפואיים: _____

אחוזי נכות נפשיים: _____

אחוזי אי כושר עבודה: _____

האם היה לך אפוטרופוס בעבר (סמך/י): כן / לא

האם אתה זקוק לעזרה בתפקוד יומיומי? _____

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

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

היסטוריה תעסוקתית: (סוגי עבודות וסיבות להפסקה)

אנא ציין במילים שלך מהם הקשיים שלך בהווה. תן דוגמאות לקשיים אלו.

קשיים גופניים (בעיות גופניות, כאבים וכדומה: לדוגמא, "קשה לי לקום מכיסא"):

קשיים קוגניטיביים (בעיות ריכוז, זיכרון וחשיבה: לדוגמא, "מבקשים ממני לקנות דברים ואני שוכח מה צריך

לקנות", "אני מתעייף כשאני קורא"):

קשיים רגשיים / התנהגותיים (מצב רוח : לדוגמא, "אני מפחד לצאת מהבית", "אני עצוב ובוכה כל היום") :

חוזקות/כישורים מיוחדים (זיכרון, ציור, מוסיקה, תיכנות, מתמטיקה, כושר גופני וכו') :

שאלון לקרובי משפחה

שם ממלא השאלון _____
 קרבה לפונה _____
 גילאי הורים ואחים, מצב תעסוקתי ומקצוע:

אם:
אב:
אחים/אחיות:
1.
2.
3.
4.

בעיות נוירולוגיות/פסיכיאטריות במשפחה:

מידע התפתחותי לגבי הפונה:

מהלך ההיריון: תקין / לא תקין (פרטי)

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

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

התפתחות בשנות הילדות המוקדמות בתחום המוטורי (הליכה, פעילות גופנית, קשירת שרוכים וכד.).

התפתחות בשנות הילדות המוקדמות בתחום השפתי (גיל תחילת דיבור, משפטים שלמים וכד.).

התפתחות בשנות הילדות המוקדמות בתחום תקשורת בין אישית (יצירת קשר עין, חרדת זרים, רצון לשיתוף ותשומת לב וכד.).

האם הפונה טופל בפיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק בשנות הילדות, אם כן, מדוע?

לימודים:

סוג הגן בו למד הפונה? (רגיל, חינוך מיוחד, גן שפתי וכד')

האם התעוררו בעיות כלשהן בגן? פרטי

--

סוג ביה"ס בו למד הפונה? רגיל / מיוחד (הקף/י)

האם למד בכיתה מיוחדת/קטנה? האם קיבל עזרה מחוץ לשעות הלימוד?

אירועים חריגים בלימודים החל מכיתה א' ועד היום:

האם היו קשיים ברכישת קריאה/כתיבה או במתמטיקה? (כגון' שגיאות כתיב או קושי בהעתקה מהלוח)

מצב בהווה:

מהי סיבת הפנייה, כפי שאתה רואה אותה, בנקודת זמן זו למרפאתנו ?

אנא ציין במילים שלך מהם קשייו של הפונה בהווה. תן דוגמאות לקשיים אלו.
קשיים גופניים (בעיות גופניות, כאבים וכדומה : לדוגמא, "קשה לו לקום מכיסא") :

קשיים קוגניטיביים (בעיות ריכוז, זיכרון וחשיבה : לדוגמא, "מבקשים ממנו לקנות דברים והוא שוכח מה צריך לקנות", "אין לו סבלנות להקשיב") :

קשיים רגשיים/התנהגותיים (מצבי רוח, התנהגויות מדאיגות או חריגות)

קשיים בתקשורת בין אישית (נתפס כגס רוח על ידי אחרים, אינו מעוניין בחברתם של אחרים, אנשים לא מבינים אותו וכד.).

בעיות בריאותיות נוספות (מחלות כרוניות, נטילת תרופות, בעיות שינה):

אנא פרט את תיפקודו היום יומי של הפונה בתחומים הבאים:
תעסוקה

פנאי/תחביבים/תחומי עניין מיוחדים

קשרים חברתיים

נקודות חוזקה/כישורים מיוחדים

עזרה עצמית (ניקיון, קניית מזון, הכנתו וכו.).

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

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