



Department of Psychiatry

האגף הפסיכיאטרי



'קשת' – המרפאה למבוגרים בספקטרום האוטיסטי

טלפון: 5303752, 5303350 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. 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 האב: _____ שנת וארץ לידה של האם: _____
 מהו מקצוע/ עיסוק האב? _____ 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 הפנייה.

לימודים:

סוג הגן בו למדת (סמך/י): רגיל / רגיל+ שילוב / גן שפתי / גן תקשורתי/ 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

האם 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 (סמך/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	תאריך 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 באוטזם, 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 אפוסטרופוס בעבר (סמך/י): כן / לא

האם אתה זקוק לעזרה בתפקוד יומיומי? _____

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

אני 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"): _____

מעוניין להיכלל ברשימת התפוצה של מרפאת קשת בדוא"ל כן / לא
 חתימה _____