

**הנדון: הערכה תפקודית / קוגניטיבית / משולבת על ידי רופא/ה או אח/ות**

רופא/ה, אח/ות לתשומת ליבכם, סעיפים 10 - 14 ימולאו ע"י רופא/ה בלבד

\* הטופס שלהלן נוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד

**פרטים אישיים של המבוטח:**

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

הבדיקה בוצעה בתאריך: \_\_\_\_\_ מיקום הבדיקה: \_\_\_\_\_ בית המבוטח / דיור מוגן / מוסד סיעודי / בבי"ח

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ מיקום הבדיקה: \_\_\_\_\_ בית המבוטח / דיור מוגן / מוסד סיעודי / בבי"ח

האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח?  כן /  לא באיזו שפה בוצעה הבדיקה? \_\_\_\_\_

האם נכח גורם נוסף בבדיקה?  כן /  לא האם דובר את שפתו של המבוטח ותרגם את הדברים?  כן /  לא

מהי קרבתו למבוטח? \_\_\_\_\_ האם המבוטח ביקש/אישר את נוכחות הגורם הנוסף?  כן /  לא

כיצד זוהה המבוטח?  ת.ז./דרכון  רישיון נהיגה  מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה) \_\_\_\_\_

1) **מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה ומסמכים הוצגו ע"י המבוטח בעת הביקור, נבקש לצלמם ולהעבירם בצמוד לסיכום הבדיקה):**

- א.
- ב.
- ג.

2) **אבחנות רפואיות/מחלות רקע:**

תאריך גילוי	מחלה

3) **אשפוזים בחודשים האחרונים:**

תאריך אשפוז	סיבה ואבחנה

4) **תרופות קבועות:**

פירוט:

5) **אנמנזה ותולדות מחלות עבר:**

פירוט:

6) טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן בעמודת "ממצאי פעולה" ולציין מפורשות אם הודגמה הפעולה):

שם הפעולה		ממצאי פעולה									
<p><b>א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p>		פירוט:									
<p><b>ב. הלבשה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו העליון? (חולצה)</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)</p>		פירוט:									
<p><b>ג. רחצה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה על פי הפרוט:</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת?</p>		<p><b>נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>כניסה ויציאה</th> <th>פלג גוף עליון</th> <th>פלג גוף תחתון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> </tr> </tbody> </table>	כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול
כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון									
<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול									
<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול									
<p><b>ד. לאכול ולשתות</b></p> <p>i. כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו</p>		פירוט:									
<p><b>ה. שליטה על הסוגרים</b></p> <p>i. האם קיימת אי שליטה? במידה ולא מתקיים סעיף i. האם מתקיים הסעיף הבא:</p> <p>i. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן</li> <li>האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו. (במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)</li> </ul>		<p><b>נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שתן</th> <th>פעולות המעיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> </tr> </tbody> </table>	שתן	פעולות המעיים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה			
שתן	פעולות המעיים										
<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה										
<input type="checkbox"/> חוסר שליטה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה										
<p><b>ו. ניידות</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו?</p> <p>i.i. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות</p> <p>i.i. באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?</p>		פירוט:									
<p><b>ז. תשישות נפש – בדיקה משולבת</b></p> <p>i. האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות (ימולא על ידי רופא מומחה בתחום בלבד)</p>		פירוט:									

דוגמא

**7) במקרה של מחלת הסרטן, נא לפרט:**

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים:  כן /  לא

אם כן, יש לציין את סוג הטיפול:  תדירות הטיפול:

תאריך תחילת הטיפול:  צפי סיום סידרת הטיפולים:

8) **מי מתגורר עם המבוטח/ת בבית:**

9) האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר? (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)  כן /  לא

האם יש עוזרת/ מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי:  כן /  לא

מה היקף השעות השבועיות:

**סעיפים 10 עד 14 למילוי ע"י רופא/ה בלבד**

10) **אי שליטה בסוגרים, נא לפרט האם מתקיים אחד משני הסעיפים הבאים:**

- i. האם קיימת אי שליטה?
- ii. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:
- 1. האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן
- 2. האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו.

(במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)

פירוט:

11) **בדיקה גופנית :**

	מצב כללי
	נשימתי
	ראש, פנים
	צוואר
	לב
	בטן
	גפיים
	עור

12) בדיקה נירולוגית ואורתופדית:

	מצב הכרה
	כח גס ידיים
	טווחי תנועה ידיים
	טונוס שרירים ידיים
	כח גס רגליים
	טווחי תנועה רגליים
	טונוס שרירים רגליים
	קואורדינציה ומוטוריקה עדינה
	החזרים גידים
	בדיקת תחושה
	עצבים קרניאליים
	החזרים פתלוגיים
	מח קטן
	גב
	צוואר

פירוט נוסף:

13) בדיקה קוגניטיבית-תשישות נפש : (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או

פסיכיאטריה)

פירוט:

- ככל שנקבעה תשישות נפש, על איזה רקע הפגיעה הקוגניטיבית והאם המצב זמני או קבוע?

פירוט:

**דף סיכום בדיקה**

14) **סיכום הבודק (רופא/ה או אח/ות):**  
פירוט:

15) **טבלת תפקוד מסכמת ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):**

ADL 0 – עצמאי 1 – אינו עצמאי	פעולה
	א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה
	ב. הלבשה
	ג. רחצה
	ד. לאכול ולשתות
	ה. שליטה על הסוגרים
	ו. ניידות
	<b>סיכום מספרי של הערכה תפקודית</b> (יש לסכום את מספר הפעולות שהמבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו לא כולל תשישות נפש)
	ז. תשישות נפש – בדיקה משולבת

**פרטי הבודק ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):**

שם: \_\_\_\_\_ מ.ר. \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הבודק: \_\_\_\_\_

שעת תחילת בדיקה: \_\_\_\_\_ שעת סיום בדיקה: \_\_\_\_\_