

פניה לתחנה - טופס הורים

תאריך מילוי הטופס: _____

שם ממלא הטופס: _____

כתובת: _____

טל' בית: _____

טל' עבודת האם: _____

טל' נייד אם _____

טל' עבודת האב: _____

טל' נייד אב _____

טל' נייד של הילד: _____

הורים נכבדים, לפניכם טופס המורכב מ- 4 חלקים:

- א. פרטים אינפורמטיביים על המשפחה.
- ב. שלבי התפתחותו והרגליו של הילד מאז ההריון.
- ג. בדיקות שונות שעבר.
- ד. מצבו של הילד היום וסיבת הפנייתו לתחנה.

הינכם מתבקשים למלא את הסעיפים השונים בדיוקנות, לפי ההוראות בכל סעיף כדי שנוכל לקבל תמונה שלמה יותר של הילד המופנה. ברור לנו שאינפורמציה זו הינה ראשונית ולא מקיפה. נא לסמן התשובה המתאימה כאשר יש מספר אפשרויות.

א. פרטים

שם משפחה _____ שם הילד _____ המין: זכר/נקבה

ת.ז. _____

תאריך לידה _____ הגיל _____ כיתה/גן _____ שם המורה/גננת _____

ביה"ס _____

מצב משפחתי

	השם	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה	השכלה*
אם					
אב					
אם חורגת					
אב חורג					

ילדים ע"פ סדר לידה (כולל הילד המופנה)

שם	מין	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה	כתה\גן*

לגבי ההורים ציין: עממי, תיכון, מקצועי, אקדמאי, אחר.

לגבי הילדים ציין: כיתה בה לומד הילד.

נשואים

תאריך: _____

נשואים שניים

תאריך: _____

גרושים

תאריך: _____

אלמנות

תאריך פטירה: _____

אם ההורים פרודים - אצל מי נמצא הילד: _____

מקצוע _____

עיסוק נוכחי _____

אם _____

במשק/בחוץ.

אב _____

במשק/בחוץ.

ב. התפתחות

היו 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, ציני _____

תחושה כללית בזמן ההריון: טובה / לא כ"כ טובה / רעה.

האם נעשתה הכנה ללידה טבעית: כן/לא.

לידה:

מקום הלידה: בית / אמבולנס / בי"ח (ציני שם ביה"ח)

הלידה היתה: טבעית (קשה/קלה), מלקחיים / וואקום / ניתוח קיסרי.

באיזה חודש של ההריון נולד: _____ אפגר _____

משקל לידה _____

תנחת תינוק בזמן הלידה: ראש / כתפיים / עכוז / חבל טבור כרוך על הצוואר /

אחר _____

היה באינקובטור: כן/לא, משך כמה זמן _____

תופעות ראשוניות אחרי לידה: בכה מייד / נשם ספונטאני / כחלון / אי-שקט.

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

תזונה והזנה:

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

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

בעיות אוכל מיוחדות _____

התפתחות פסיכומטורית: (ציין גיל)

הרים ראש _____, חייך _____, זחל _____, ישב _____

עמד _____, הלך _____, התחיל דיבור _____

האם היו שבושי דיבור: כן/לא, גמגום: כן/לא.

הערות: _____

הרגלי נקיון:

באיזה גיל ישב על הסיר ושלט בצרכיו _____.

יבש ביום מגיל _____ יבש בלילה מגיל _____.

כיום מרטיב: כן/לא, ביום/בלילה.

הערות: _____.

הרגלים שונים: (סמן)

מציצת מוצץ / מציצת אצבע / כרסום צפורניים □□□ משיכה באוזן / תלישת שערות / נשיכת שפתים /

לטיפת חפץ / התקשרות לחפץ מסויים / מצמוץ בעיניים / זריקת ראש / כחכוח / שיעול מעושה.

אחר _____ (נא לציין גם באם □ היו תופעות בעבר וכיום פסקו).
האם היו תופעות כגון: התכווצויות / כחלון / קשיי נשימה / איבוד הכרה.

שינה:

סמן תופעות הקיימות היום וכן אם היו בעבר:

נרדם בקלות: _____

מתעורר הרבה פעמים (נרדם מייד או

מתקשה) _____

ממעט לישון _____

מדבר מתוך שינה _____

צועק מתוך שינה _____

חורק שיניים _____

דופק בראש _____

פוחח עיניים מבלי להתעורר _____

סהרורי _____

מתעורר עקב חלום (נרדם מייד או מתקשה) _____

חלומות

ביעותים _____

ישן בחדר מואר _____

ישן כשחפץ בידו _____

סימני פחד כשמתעורר בלילה _____

קשיי קימה בבוקר _____

תופעות אחרות התנהגותיות וקשיים שאתם נתקלים בהם בבית _____

ממתי שמתם לב לתופעות שציינתם לעיל

האם טופל בעבר (מתי, היכן, ע"י מי): _____

ג.בדיקות שונות:

נא לציין מועד, שם הבודק, הסיבה, התוצאות)

א. בריאותית / אשפוזים _____

ב. ראייה _____

ג. שמיעה _____

ד. אי.אי.ג'י. _____

ה. נוירולוגית _____

ו. פסיכולוגית _____

ז. פסיכיאטרית _____

ח. לימודית _____

אינפורמציה נוספת חשובה:

ד. מצבו של הילד:

סיבת הפניה:

על מנת לא לעכב את הטיפול בפניה, נבקשך להקפיד לצרף סכומי בדיקות וטיפולים מהעבר וכן דו"ח גננת/ מורה.

לתשומת לבכם: הטיפולים והבדיקות כרוכים בתשלום.

אנו נאלצים לחייב פגישה שביטלתם במידה והביטול לא הגיע עד 48 שעות ממועד הפגישה.