

## שאלון הערכה תפקודי (למילוי ע"י הרופא המטפל)

רופא/ה נכבד/ה, נודה על מילוי כל הפרטים המתבקשים בטופס זה, **לרבות תאריכים**. מילוי הטופס כנדרש יסייע לנו בטיפול מהיר ויעיל בבקשת המבוטח.

פרטי החולה		
שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
ת.ז.	תאריך לידה	
פרטים רפואיים		
מתאריך	אבחנות	
	שם המוסד	סיבת האישפוז
	תרופות	
הערכה תפקודית		
הלבשה והתפשטות	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה <input type="radio"/> מלבישים אותו	
רחיצה וגילוח	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה <input type="radio"/> רוחצים אותו	
שכיבה וקימה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> עזרה חלקית <input type="radio"/> זקוק לעזרה מלאה	
אכילה ושתייה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה בהכנה וחימום המזון <input type="radio"/> זקוק לעזרה בהאכלה <input type="radio"/> זונדה <input type="radio"/> הזנה ורידית	
הליכה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> הולך בקושי <input type="radio"/> בעזרת מכשיר <input type="radio"/> מרותק למיטה <input type="radio"/> מרותק לכסא גלגלים	
שליטה על סוגרים	<input type="radio"/> שליטה מלאה בפעולת המעיים <input type="radio"/> שליטה חלקית <input type="radio"/> ללא שליטה פעולת המעיים <input type="radio"/> שליטה מלאה בהטלת שתן <input type="radio"/> פנרוז קבוע בלילה <input type="radio"/> קטטר קבוע	
מצב תפקודי		
ראיה	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> כבד ראייה <input type="radio"/> משקפיים <input type="radio"/> עיוורון	
שמיעה	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> כבד שמיעה <input type="radio"/> נעזר במכשיר <input type="radio"/> חרש	
דיבור	<input type="radio"/> תקין <input type="radio"/> קשיים בדיבור <input type="radio"/> בקושי רב <input type="radio"/> לא מדבר	
שיתוק	<input type="radio"/> תפקוד מוטורי תקין <input type="radio"/> גוף ימין <input type="radio"/> גוף שמאלי <input type="radio"/> גוף תחתון <input type="radio"/> שיתוק מלא	
טיפולים		
דיאליזה	<input type="radio"/> טיפול בפצע/י לחץ <input type="radio"/> עירוי מודלים <input type="radio"/> שימוש בחמצן <input type="radio"/> פזיותרפיה <input type="radio"/> השגחה	
	<input type="radio"/> אחר (פרט): _____	
התמצאות		
	<input type="radio"/> מתמצא במקום ובזמן <input type="radio"/> מבולבל לעיתים רחוקות	
	<input type="radio"/> לא מתמצא במקום ובזמן <input type="radio"/> מבולבל לעיתים קרובות	
מצב רגשי		
	<input type="radio"/> שולט <input type="radio"/> אינו שולט ברגשותיו	
	<input type="radio"/> מדוכא <input type="radio"/> לעיתים קרובות <input type="radio"/> רחוקות <input type="radio"/> דכאון עמוק	
	<input type="radio"/> תוקפן <input type="radio"/> לעיתים קרובות <input type="radio"/> רחוקות <input type="radio"/> באופן קיצוני	
המלצות הרופא המטפל		
	<input type="radio"/> סיעוד בבית <input type="radio"/> אישפוז <input type="radio"/> טיפול אחר, פרוט: _____	
פרטי הרופא המטפל		
שם הרופא/ה	קופ"ח	סניף
כתובת הרופא	טל' בעבודה	טל' בבית
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחוממת הרופא	