

**טופס הערכה תפקודית**

פרטי המבוטח					
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	שנת לידה		
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון	טלפון נייד
020	0	0	0	0	0
מין	מצב משפחתי	מספר ילדים	ארץ מוצא	שנת לידה	שפה מדוברת

מקום הערכה:	<input type="radio"/> בבית <input type="radio"/> במוסד סיעודי, שם המוסד:				
סוג מחלקה:					
דיוור מוגן/מח' תומכת/מח' עצמאים/מח' תשושים/מח' תשושי נפש/מח' סיעודית/מח' סיעודי מורכב/אחר, פרט:					
הערכה בוצעה בתאריך:	בשעה:	נכחו בראיון מלבד המבוטח:			
שם מוסר המידע וקרבתו למבוטח:					
לא נכח בן משפחה בראיון, סיבה:					
מגורים:	<input type="radio"/> גר לבדו <input type="radio"/> גר עם בן זוג <input type="radio"/> גר עם בן זוג סיעודי <input type="radio"/> גר עם מטפל/ת צמודה <input type="radio"/> אחר:				
שם איש קשר:	קרבה:				
כתובת:					
טלפון בבית:	טלפון נייד:				

אשפוז ב- 3 חודשים אחרונים		
מספר אשפוזים	תאריך אשפוז אחרון	סיבת האשפוז
אבחנות רפואיות: האיזור הרפואי מתאריך: _____		
בעיות ומגבלות רפואיות / תפקודיות בנוסף לאבחנות הרפואיות שפרטת לעיל:		

תרופות טיפולים ואביזרי עזר		
אביזרי עזר	טיפולים מיוחדים בציון תדירות (זריקות, פיזיותרפיה)	רשימת תרופות בשימוש
		.1
		.2
		.3
		.4
		.5
		.6
		.7
		.8
הערות:		

**← סדר יום של המבוטח הנבדק**

יש להתייחס לסדר היום של הנבדק במשך היממה, פעילויות וטיפולים שעובר.

**← שירותים קיימים**

האם הנך מעסיק עובד זר לטיפולך?  כן  לא

האם הנך מקבל שירותי סיעוד מחברת סיעוד?  כן  לא שם חברת הסיעוד:

**← בדיקת הצורך בעזרת הזולת** (נא סמן רק אפשרות אחת בכל סעיף תפקוד)

**קימה / שכיבה**

בפעולה זו יש לבדוק את יכולת הנבדק לעבור ממצב שכיבה לישיבה וממצב ישיבה לעמידה. האם משתמש באביזרי עזר לצורך המעבר? במידה וקיים קושי במעברים, ציין מי עוזר לו. במידה וזקוק לעזרה בביצוע הפעולה, העזרה תינתן על ידי הבודק בלבד. נבדק המרותק לכיסא גלגלים יש לבדוק יכולתו לעבור לכיסא גלגלים. האם מופיעים סימנים אובייקטיביים המצביעים על מאמץ בלתי סביר? תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בביצוע פעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. עובר ממצב שכיבה לישיבה ומישיבה לעמידה בכוחות עצמו כולל היעזרות באמצעי עזר או נדרש לנוכחות הזולת לצורך השגחה ו/או דרבון לביצוע המעבר.
- 2. אינו מצליח להשלים מעבר ממצב שכיבה לישיבה ומישיבה לעמידה בכוחות עצמו, למעט עזרה כמפורט בסעיף 1.

**ניידות**

בפעולה זו יש לבדוק יכולת עצמאית של הנבדק לנוע ממקום למקום בלא עזרת הזולת. יש לבדוק ניידות בין חדרים (שירותים/מקלחת/מטבח). במידה וזקוק לעזרה בביצוע הפעולה - העזרה תינתן על ידי הבודק בלבד. תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בפעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. נייד באופן עצמאי או עוזר באביזרי עזר (קביים, מקל, הליכון, או אביזר אחר) ומסוגל להתנייד באמצעותם בכוחות עצמו או זקוק לנוכחות או השגחת הזולת לצורך ניידות.
- 2. סובל מחוסר שיווי משקל / חוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות אשר פוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום.
- 3. מתנייד בכיסא גלגלים עם יכולת עצמאית להנעתו או אינו מסוגל להתנייד בכוחות עצמו או באמצעות אביזרי עזר (קביים, מקל, הליכון, אביזר אחר) או מרותק למיטה או לכיסא גלגלים ללא יכולת הנעתו באופן עצמאי.

**הלבשה / הפשטה**

בפעולה זו יש לבדוק ולתאר לבישה/פשטה של פריט גוף עליון (חולצה) לבישה/פשטה של פריט גוף תחתון (מכנסיים או חצאית), גריבת גרביים, נעילת נעליים והרכבת מכשיר אורתופדי (פרוטזות) אם יש. האם מופיעים סימנים אובייקטיביים המצביעים על מאמץ בלתי סביר? תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בפעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. מתלבש ומתפשט בכוחות עצמו כולל הרכבת מכשירים אורתופדיים או זקוק לנוכחות הזולת לצורך ביצוע השגחה ו/או דרבון לביצוע ההלבשה או ההפשטה.
- 2. אינו מצליח להתלבש או להתפשט בכוחות עצמו או להרכיב מכשיר אורתופדי בכוחות עצמו.

**רחצה**  
 בפעולה זו יש לבדוק רחיצת פנים וידיים במים. הדגמה "על יבש" של רחיצת פלג גוף עליון ותחתון, חפיפת ראש, רחיצת כפות רגליים. כמו כן יש לבדוק האם האדם הנבדק מסוגל להיכנס ולצאת ממתקן הרחצה. האם מופיעים סימנים אובייקטיביים המצביעים על מאמץ בלתי סביר? תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בפעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. מתרחץ באופן עצמאי לרבות רחצה בישיבה ומסוגל להיכנס ולצאת ממתקן הרחצה בכוחות עצמו או זקוק לנוכחות צמודה ו/או דרבון בביצוע הרחצה ללא עזרה פעילה.
- 2. אינו מצליח להתרחץ בכוחות עצמו ו/או להיכנס או לצאת ממתקן הרחצה בכוחות עצמו.

**אכילה ושתייה**  
 בפעולה זו יש לבדוק ולתאר הדגמת אכילת מגוון סוגי מזון מוצק באמצעות מזלג (כגון: אורז, תפוז, א), אכילת מזון נוזלי באמצעות כף (כגון: מרק או יוגורט) ושתייה מכוס. יש לבדוק באיזו מידה מצליח להכניס אוכל לפיו. האם מופיעים סימנים אובייקטיביים המצביעים על מאמץ בלתי סביר? תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בפעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. אוכל ושותה בכוחות עצמו (לאחר שהמזון הוכן, נחתך והוגש לו) כולל נוכחות הזולת לצורך השגחה או דרבון לביצוע פעולת אכילה או שתייה או מתפעל בכוחות עצמו אביזרי הזנה מלאכותיים.
- 2. אינו מצליח לאכול או לשתות בכוחות עצמו או לתפעל אביזרי הזנה מלאכותיים או אינו מצליח להביא את רובו המוחלט של המזון אל פיו בכוחות עצמו.

**שליטה על הסוגרים**  
 בפעולה זו יש לבדוק האם קיים שימוש קבוע במוצרי ספיגה למיניהם ו/או שימוש קבוע בקטטר ו/או סטומה. יש לתאר את אופן תפקודו של הנבדק על פי מידע שהתקבל מהנבדק ובני משפחתו לגבי השליטה בסוגרים. תיאור התפקוד והעזרה הנדרשת (ציין מי עוזר בפעולה זו או אם אין עזרה):

- 1. שולט על שני הסוגרים.
  - 2. שולט על שני הסוגרים, אך זקוק לסיוע בהיגיינה אישית לאחר הפרשות ו/או קיימים אירועים של חוסר שליטה באופן לא מהותי (פחות מ-50%).
  - 3. סובל מדליפת שתן או צואה באופן מהותי (לפחות 50%) או אינו שולט על אחד הסוגרים ו/או שניהם, כולל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר או בחיתולים או בסופגנים.
  - 4. מבוסס שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל או בתכיפות במתן שתן ובשל קושי בניידות\* אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה).
- \*לעניין זה - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50%) מפעולת הניידות.

**← הצורך בהשגחה בתוך הבית**  
**זקוק להשגחה מתמדת**  
 איבד את כושר שיפוטו ומבצע פעולות העלולות לסכן אותו, למשל: יוצא מביתו ולא מוצא את דרכו חזרה. בני המשפחה נועלים את הדלת למנוע יציאה ו/או מדליק גז ומשאיר אותו פתוח עד לסכנת דליקה. אדם הגורם סכנה ממשית לעצמו או לאחרים בעקבות התנהגות אלימה. כגון: שובר, הורס, מכה, דופק את הראש בקיר. תיאור התנהגות בעת הביקור (שיתוף פעולה, אדיש, רגוע, תוקפן וכד'):

**← הבנה והתמצאות של הנבדק: יש לברר האם מתמצא בנושאים הבאים:**

נושא	האם מתמצא?	הערות
האם יודע את מקום מגוריו		
האם יודע תאריך לידה		
שם האב		
שם הרופא		
מתמצא בחדרי הבית/מוסד (מטבח, שירותים, סלון וכד')		

אירועים ותקריות ב - 3 חודשים אחרונים (סוג אירוע, שכיחות ומקור מידע):

קיום השגחה בפועל על ידי מי (הסתמכות על סדר היום ומידע אחר):

האם קיימים מקרים בהם נשאר לבדו. ציין מספר השעות ביממה והנסיבות:

האם כאשר נשאר לבדו נועלים את הדלת:

**להערכתך, האם הנבדק**

אינו מסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו:

עלול לסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו. דרושה נוכחות מתמדת של אדם נוסף בבית:

האם הנך ממליץ על בירור נוסף במרפאה גריאטרית?  כן  לא

**← התרשמות האח/ות מהנבדק, מגבלותיו ומתנאי הסביבה**

מצב הדיור והתאמתו:

קומה/מעלית:

התאמת השירותים:

מצב ההיגיינה האישית:

הערות:

**← המלצה למעקב**

מעקב שיגרת

מבחן התלות נעשה סמוך לאירוע כמו **CVA** / ניתוח ולכן מומלץ מעקב בעוד: \_\_\_\_\_ חודשים

שם האח/ות	חתימה	טלפון
	<b>X</b>	

**← למילוי על ידי הבודק**

סה"כ ADL מזכה: \_\_\_\_\_

בהתאם להמלצת האח/ות, האם להפנות את הנבדק לחוות דעת רופא גריאטר?  כן  לא

טבלת סיכום תפקוד המבוטח הנבדק ציין בהתאם ל ADL את הערכים 0 או 1 וסכם את התוצאה		
הערות	ניקוד	סוג התפקוד
		קימה / שכיבה
		ניידות
		הלבשה / הפשטה
		רחצה
		אכילה ושתייה
		שליטה על הסוגרים
		סה"כ

  

שם הבודק	חתימת הבודק	תאריך
	<b>X</b>	