

ספטמבר, 2019

הערכה תפקודית ו/או קוגניטיבית ע"י רופא/ה או אח/ות

1. פרטי המבוטח

- א. שם מלא _____ מס' ת.ז. _____
תאריך לידה _____
ב. כתובת מגורים _____
ג. מס' טלפון בבית _____ מס' טלפון נייד _____

2. פרטי ההערכה

- א. תאריך ביצוע ההערכה _____ שעת התחלה וסיום _____
ב. מקום ביצוע הערכה תפקודית: בית המבוטח / דיור מוגן / מוסד סיעודי / בית חולים / אחר _____
ג. האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח? כן/לא באיזו שפה בוצעה הבדיקה? _____
ד. האם נכח גורם נוסף בבדיקה? כן, פרט מי ואת הקרבה למבוטח _____ / לא _____
ה. כיצד זוהה המבוטח? תעודת זהות/ דרכון/ רישיון נהיגה/ מסמך אחר, פרט _____
ו. האם המבוטח גר לבד? לא/כן, פרט עם מי והקרבה _____
ז. האם המבוטח גר עם מטפלת/ 24 שעות? כן/לא _____
ח. האם קיימת עזרה סיעודית נוספת? _____ האם ע"י מטפלת פרטי/ת/בן משפחה? _____
ט. האם המבוטח מקבלת/ת גמלה מביטוח לאומי? _____ מספר שעות _____

3. מצב רפואי

3.1. אבחנות רפואיות, כולל אבחנות בעבר:

- א. אבחנה רפואית (אנגלית) _____ (עברית) _____
תאריך גילוי _____
ב. אבחנה רפואית (אנגלית) _____ (עברית) _____
תאריך גילוי _____
ג. אבחנה רפואית (אנגלית) _____ (עברית) _____
תאריך גילוי _____

3.2. אשפוזים

שם המוסד _____ סיבת האשפוז _____ תאריך האשפוז _____

3.3. טיפול תרופתי

שם התרופה _____ מינון _____

3.4. טיפולים רפואיים / פרא רפואיים (זריקות, פיזיותרפיה וכדומה):

תיאור הטיפול _____

3.5. אביזרי עזר (כולל מוצרי ספיגה)

תיאור האביזר _____

הערכה תפקודית

מעברים

א. בדיקת יכולת המבוטח לקום בכוחות עצמו ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (אנא ציין האם נעזר באמצעי עזר)
פירוט _____

ב. בדיקת יכולת המבוטח לקום בכוחות עצמו מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (אנא ציין האם נעזר באמצעי עזר)
פירוט _____

ניידות

בדיקת יכולת המבוטח לנוע בכוחות עצמו, יש לבחון האם מבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או חוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות הפוגעות ביכולתו לנוע ממקום למקום.
פירוט _____

הלבשה

א. פלג גוף עליון – בדיקת יכולת המבוטח להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמו בפלג גוף עליון
פירוט _____

ב. פלג גוף תחתון - בדיקת יכולת המבוטח להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמו בפלג גוף תחתון
פירוט _____

רחצה

א. פלג גוף עליון – בדיקת יכולת המבוטח להתרחץ בכוחות עצמו בפלג גוף עליון
פירוט _____

ב. פלג גוף תחתון - בדיקת יכולת המבוטח להתרחץ בכוחות עצמו בפלג גוף תחתון
פירוט _____

כניסה ויציאה מהמקלחת – בדיקת יכולת המבוטח להיכנס ולצאת מהמקלחת בכוחות עצמו
פירוט _____

אכילה

בדיקת יכולת המבוטח לאכול ולשתות לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו
פירוט _____

הפרשות

האם קיימת אי שליטה על סוגרים ?

שולט על שני הסוגרים

אינו שולט על סוגר אחד או שניים, במידה וכן, אנא ציין האם קיים שימוש קבוע במוצרי ספיגה או קטטר או סטומה, במידה וכן, אנא פרט _____

שולט על שני הסוגרים אך זקוק לעזרה בהיגינה אישית / קיימים אירועים של חוסר שליטה בתדירות נמוכה (פחות מ-50%) במידה וכן, אנא פרט _____

שולט על שני הסוגרים אך עקב היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת בתכיפות מתן שתן ובשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו (ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו לפחות 50% מהפעולה) במידה וכן, אנא פרט _____

* קושי בניידות שאינו עולה לכדי חוסר יכולת המבוטח לבצע בכוחות עצמו (לפחות 50%) מפעולת הניידות האם קיימת אבחנה של רופא אורולוג או מבחן אורודינמי ? אם כן, אנא פירוט _____

סיכום מצב תפקודי

בדיקה קוגניטיבית (למילוי ע"י רופא מומחה בתחום (גריאטר/פסיכיאטר)

-----אנא פרט-----

הערכת הרופא: X-אנא סמן ב-
 המבוטח אינו מסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו
 המבוטח עלול לסכן את עצמו או אחרים כאשר נשאר לבדו ולפיכך, נדרש להיות בבית עם אדם נוסף

טבלת תפקוד מסכמת, ימולא ע"י רופא/ה או אח/ות:
 אנא סמן ב-X האם עצמאי או אינו עצמאי

פעולה	עצמאי	אינו עצמאי
לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה לעמידה		
הלבשה		
רחצה		
לאכול ולשתות		
שליטה על סוגרים		
ניידות		
סיכום מספרי של ההערכה התפקודית		
תשישות נפש		

פרטי הבודק

שם מלא: _____
 מס' רישיון: _____
 תפקיד: _____
 חתימה וחותמת: _____