

תאריך ביצוע ההערכה: \_\_\_\_\_

שעה: \_\_\_\_\_

### הערכה תפקודית – טופס מס'

<b>פרטי המבוטח:</b>					
שם:		ת.ז.:		שנת לידה:	
כתובת מגורים:					
טלפון:		נייד:			
<b>מקום ביצוע הערכה תפקודית:</b>					
בוצע ב:		בית:		כתובת:	
קומה:		מדרגות:		מעלית:	
גרה לבד:		גרה עם מטפלות 24 שעות:			
בני משפחה הגרים בית:					
<b>עזרה סיעודית נוספת:</b>					
מטפלת פרטית:		הערות:			
מטפלת מביטוח לאומי:		מתאריך:		מספר שעות:	
בני משפחה:		הערות:			
מקבלת גמלה מביטוח לאומי:					
<b>אבחנות רפואיות:</b>					
<b>מתאריך</b>		<b>אבחנה רפואית (עברית)</b>		<b>אבחנה רפואית (אנגלית)</b>	

<b>אשפוזים :</b>		
סיבת האשפוז	שם המוסד	תאריך האשפוז
<b>טיפול תרופתי :</b>		
שם התרופה	מינון	
<b>טיפולים רפואיים / פרא רפואיים (זריקות, פיזיותרפיה וכדומה):</b>		
תאור הטיפול		
<b>אביזרי עזר (כולל מוצרי ספיגה):</b>		
תאור האביזר		
<b>מצב תפקודי :</b>		
<b>יד דומיננטית:</b>		
רעד גפיים	חולשת גפיים	שיתוק גפיים
תקין	תקין	תקין
ימין	ימין	ימין
שמאל	שמאל	שמאל
עליון	עליון	עליון
תחתון	תחתון	תחתון
שתיים תחתונות	שתיים תחתונות	שתיים תחתונות
ארבע גפיים	ארבע גפיים	ארבע גפיים

<b>הערות גפיים:</b>			
<b>התרשמות כללית:</b>	<b>דיבור:</b>	<b>ראיה:</b>	<b>שמיעה:</b>
נראה/ת כפי גיל/ה	שוטף	עיוורון	חירשות
נראה/ת מבוגר/ת לגילה	ברור	עיוורון חלקי	חירשות מימין
חיוורון	חלש	טשטוש	חירשות משמאל
קוצר נשימה	לא ברור	הפרעות שדה הראייה	מכשיר שמיעה
קושי בנשימה	לא לעניין	משקפיים	ירידה בשמיעה
עייפות		תקין	תקין
חולשה			
פני מסכה			
רעד			
השמנת יתר			
<b>הערות והתרשמות כללית:</b>			

<b>הערכה קוגניטיבית:</b>				
<b>התמצאות בזמן ובמקום:</b>		<b>תקינה</b>	<b>חלקית לזמן מוגבל</b>	<b>לקויה</b>
<b>זיכרון:</b>	<b>תקין</b>	<b>שכחה קלה ובלתי קבועה</b>		<b>שכחה משמעותית ועקבית</b>
<b>תקשורת:</b>	<b>תקינה</b>	<b>לקוייה עקב בעיה בהבנה</b>		<b>לקוייה עקב בעיה בדיבור</b>

**הערכה תפקודית**

זקוק לעזרה מלאה (מבצע 25%)	זקוק לסיוע רב (מבצע 50%)	זקוק לסיוע קל (מבצע 75%)	זקוק להשגחה ודרבון	עצמאי	
					<b>מעברים:</b>
					משכיבה לשיבה
					מישיבה לעמידה
					<b>פירוט:</b>
					<b>ניידות</b>
					<b>פירוט:</b>
					<b>הלבשה:</b>
					פלג גוף עליון
					פלג גוף תחתון
					פרוטה (כשקיימת)
					<b>פירוט:</b>
					<b>רחצה:</b>
					ישיבה-פלג גוף תחתון
					ישיבה-פלג גוף עליון
					עמידה-פלג גוף תחתון
					עמידה-פלג גוף עליון
					כניסה ויציאה לאמבטיה או למקלחת
					<b>פירוט:</b>
					<b>אכילה:</b>
					פעולת שתייה
					פעולת אכילה
					יכולת בליעה
					<b>פירוט:</b>
			<b>אי שליטה</b>	<b>שליטה חלקית</b>	<b>שליטה מלאה</b>
					<b>הפרשות</b>
					סוגר השתן
					סוגר הצואה
					<b>פירוט:</b>

<b>A.D.L.</b>			
<b>פירוט</b>	<b>לא</b>	<b>כן</b>	
			קימה / שכיבה
			ניידות
			הלבשה
			רחצה
			אכילה
			הפרשות
			התמצאות בזמן
			התמצאות במקום
			סה"כ ADL

**סיכום מצב תפקודי**

**פרטי הבודק:**

שם: \_\_\_\_\_

תואר: \_\_\_\_\_

השכלה: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_