

משרד הבריאות
שאלון מידע רפואי – סיעודי
למתן שירותים לחולה כרוני

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____
 שנת הלידה _____ מס' ת"ז _____ ארץ מוצא _____
 מצב משפחתי: ה. נ. א. ג. מין: זכר / נקבה
 ביטוח רפואי בקופ"ח _____ סוג הביטוח, שם הרופא המטפל _____
 כתובת לאחר שחרור מבי"ח _____

תמוסד הרפואי המונה

1. משרד הבריאות – בית חולים _____ מחלקה _____
 2. משרד הבריאות – לשכת הבריאות _____
 3. קופת חולים – בית חולים _____ מחלקה _____
 4. קופת חולים – מעוז _____ מרפאה _____
 5. בתי-חולים אחרים – בית חולים _____ מחלקה _____
 6. קופת חולים אחרת: _____
 7. גורמים אחרים: _____
 טלפון להדעות _____

המקום בו בוצעה הערכה (לציין ב-X כמשבצת המתאימה)

- בית החולה
 בית חולים
 מרפאת קופ"ח
 אחר
 ציין אחת מחלקה _____
 ציין כתובת _____
 ציין _____

המלצה להפניית חולה:

- טיפול בית
 בית חולים שיקומי
 מוסד לטיפול ממרשד
 טיפול בבית חולים יום
 בי"ח שיקומי / סיעודי
 בית חולים כללי

מידע רפואי

חיה בתאריך	
שנה	חודש

האבחנות העיקריות _____

 אבחנות נוספות _____

הטיפול הרפואי שהחולה מקבל בעת ההפניה _____

המלצות טיפוליות

_____ תאריך _____
 _____ שם הרופא המטפל _____
 _____ תחילת הרופא המטפל _____

מידע סיעודי

הערכת מצב תפקודי פזי וחושי (סמן בעיגול במקום הנכון, טחק את המיותר, פרט כנדרש)

הלבשה

1. עצמאי
 2. זקוק לעזרה חלקית / מלאה

הפרשות

1. שולט על ההפרשות.
 2. שולט / לא שולט על פעולת מעיים.
 3. שולט / לא שולט על מתן שתן.
 4. משתמש באורידל/קטטר.
 5. קיימת סיומת

נשימה

1. נושם חופשי / מוגבל.
 2. נושם רגיל / דרך נתיב אוויר.
 3. זקוק לחמצן באופן קבוע / לסרוגין.

רחצה

1. מתרחץ ללא עזרה.
 2. זקוק לעזרה חלקית / מלאה במקלחת.
 3. זקוק לעזרה בגילוח.

מצב הפה

1. תקין / לא תקין.
2. משתמש בתותבות מלאות / חלקיות.
3. זקוק לטיפול יום יומי.
4. זקוק לטיפול מיוחד, פרט _____

תנועתיות

1. מתהלך חפשי / בעזרת הולת.
2. מתהלך עם בעיות בשווי משקל.
3. קטוע גפיים עם / בלי תותבת, פרט _____
4. מתהלך חפשי / לא חפשי עם מכשיר / תותבת, פרט סוג המכשיר / התותבת _____
5. מרותק למיטה וזקוק לשינויים בתנוחה.

האכלה ושתייה

1. עצמאי.
2. זקוק לעזרה / האכלה מלאה.
3. זקוק להאכלה בזונדה.
4. סובל מהפרעות בבליעה.

מצב העור

1. מצב העור תקין / לא תקין.
2. פצעים בעור, פרט _____
3. פצעי לחץ, פרט _____
4. ציפורני רגליים, פרט _____

ראיה

1. ראיה טובה / מוגבלת עם / בלי משקפיים.
2. עיוורון חלקי / מוחלט.
3. עין תותבת.

שמיעה

1. שומע היטב / סביר / חלקי, עם / בלי מכשיר.
2. לא שומע כלל.

התרשמות כללית

1. נקי ומסודר / מוזנח ומלוכלך.
2. שמן, פרט _____
3. רזה, פרט _____

הערכת מצב תפקודי נפשי / שכלי

(את מצב החולה יש לסמן ב-X במשבצת המתאימה ראו למחוק את המיותר)

מספרים אחרים	עמיי דברי המשפחה	בעה ביקור של האחת	ה ת מ צ א ו ת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) מתמצא בזמן ובמקום.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) נוטה לצאת מהבית ומאבד דרכו.
			3) שיכחה בתפקוד יום יומי המנוה סיכון, פרט _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) לא מתמצא בזמן ובמקום בפרקי זמן לא קבועים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) לא מתמצא בזמן ובמקום, באופן קבוע.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) בהכרה מעורפלת.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) חסר הכרה.
			קשר עם הסביבה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) מדבר רגיל ויוצר קשר עם הסביבה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) קשיים בתקשורת בגלל שפה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) מדבר לא נרור אבל לענין.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) מבין אבל אינו מדבר ויוצר קשר עם הסביבה, ציין כיצד _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) מדבר לא לענין.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) אינו מבין ואינו מסוגל לדבר.
			מצב רגשי — אפשר לסמן יותר ממשבצת אחת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) משתף פעולה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) רגוע.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) לא משתף פעולה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) אדיש ומסוגר בעצמו.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) תוקפן מילולי / פיזי / שניהם.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) בוכה לעתים קרובות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) לא שקט פרט _____

הערכת מצב סביבתי וצרכים טיפוליים

מזון	נקיון הבית
1. עצמאי / לא עצמאי בקניות.	זקוק / לא זקוק לעזרה בנקיון הבית, פרט _____
2. עצמאי / לא עצמאי בבישול.	כביסה
3. זקוק לעזרה בקניות / בישול / הכנת האוכל, פרט _____	עצמאי / זקוק לעזרה בכביסה, פרט _____
4. זקוק להדרכה בתזונה נכונה.	

פרטים נוספים

1. השרותים הסיעודיים הניתנים כיום, פרטי/ את סוג השרותים וע"י מי-נתנים.

3. רצון ועמדת המשפחה לטיפול הדרוש.

2. רצון ועמדת החולה לטיפול הדרוש.

4. מצב הדיור: יש לציין את הקומה ואפשרות שימש בעגלת נכים ו/או הליכון.

סיכום והמלצות האחות

1. סיכום הערכה תפקודית (יש לציין הכצע התפקודי עפ"י הקטיגוריות הבאות: עצמאי, תשוש, רחוק וזקוק לעזרה – סיעודי, תשוש נפש).

2. הבעיות הסיעודיות הטיפוליות העיקריות של החולה ומשפחתו.

3. החולה יכול להיטאר בבית וזקוק לעזרה (יש לפרט את סוג העזרה הנמלצת וכמותה וע"י מי תבוצע – בן משפחה, מסיב, אחר):

א. עזרה ביתית

ב. טיפול סיעודי אישי

4. החולה זקוק לסידור במוסד לחולים כרוניים (יש לציין את סוג המוסד המוצע ו/או את המוסד המצדף ע"י המשפחה).

5. החולה זקוק לסידור במוסד אחר (יש לציין איזה):

6. הערות:

שם האחות

חתימה

תפקיד האחות

תאריך

החלטות

המוסד הרפואי המחליט:

1. צוות גריאטרי אזורי משרד הבריאות.

2. יחידה להמשך טיפול קופ"ח מחוז

3. הועדה לווטות חולים כרוניים קופ"ח.

4. אחר, ציין

החלטות:

1. בדיקה במרפאה ג. יאטרית.

2. טיפול ביתי – רפואי סיעודי שיקומי.

הערות:

בקת שהיה או שתירר החולה מבית החולים יש לצרף סיכום מחלה או תמצית ממנה.

תאריך קבלת ההחלטה:

חתימת הברי הצוות המחליט (רופא גריאטר, אחות, ערס):

שם: _____ : שם: _____

התפקיד: _____ : התפקיד: _____

חתימה: _____ : חתימה: _____