

## אבחון פיזיקלי ראשוני למטופל תשׁוש נפש

תאריך קבלה \_\_\_\_\_  
 מחלקה \_\_\_\_\_  
 תאריך בדיקה \_\_\_\_\_  
 שם הבודק \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
 מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
 שפות דיבור: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

תפקוד לפני האירוע/מחלה נוכחית:  עצמאי  תשׁוש  תשׁוש נפש

מקום שהייה אחרון: \_\_\_\_\_  
 בית (עם מטפל/בלי מטפל)  דיור מוגן  מוסד סיעודי  בי"ח   
 (לציין שם) \_\_\_\_\_

אבחנה עיקרית לטיפול (לציין תאריך): \_\_\_\_\_

אבחנות משניות: \_\_\_\_\_

ממצאי בדיקות רלוונטים לבעיה שבטיפול: \_\_\_\_\_

הערות מיוחדות (מקצוע בעבר, תחביב, עיסוק וכו'): \_\_\_\_\_

הערות / פירוט	חסר	חלקי	קיים	
				תקשורת מילולית
				תקשורת לא מילולית
				ראיה
				שמיעה
				התמצאות בזמן
				התמצאות במקום
				שיתוף פעולה
				עירנות

שקט  אי שקט  פרט: \_\_\_\_\_  
 תנועות בלתי רצוניות / חוזרניות פרט: \_\_\_\_\_

**הסתכלות כללית**

מבנה גוף: רזה     בינוני     שמן     שמן מאוד

נקזים: קטטר  פרוס  אחר  אין  פרט: \_\_\_\_\_

מצב העור: תקין  לא תקין  פרט: \_\_\_\_\_

דפורמציות: יש  אין  פרט: \_\_\_\_\_

בצקות / נפיחויות: יש  אין  פרט: \_\_\_\_\_

תבנית ישיבה (תאור): \_\_\_\_\_

תבנית עמידה (תאור): \_\_\_\_\_

**תפקוד – A.D.L. (על פי סולם F.I.M.)**

תפקוד	1	2	3	4	5	6	7	אמצעים אחרים – פרט
אכילה								
שליטה על סוגרים								
רחצה								
לבוש								
הנעה								
ניידות במיטה								
שכיבה לישיבה								
ישיבה לעמידה								
עמידה לישיבה								
ישיבה לשכיבה								
סה"כ								

1. עזרה מלאה: החולה מבצע פחות מ-25% מהפעולה בכוחות עצמו.
2. עזרה רבה: זקוק לעזרה של אדם או יותר, החולה מבצע 25%-49% מהפעולה בכוחות עצמו.
3. עזרה בינונית: זקוק לעזרה גופנית בינונית, החולה מבצע 50%-74% מהפעולה בכוחות עצמו.
4. עזרה מעטה: זקוק לעזרה גופנית מעטה, החולה מבצע 75% או יותר מהפעולה בכוחות עצמו.
5. השגחה: זקוק להשגחה או שכנוע או הדגמה, כדי לבצע את הפעולה. סיוע בהכנת אביזרים או פריטים הנחוצים לביצוע הפעולה.
6. עצמאות חלקית: ללא עזרה, תוך סיכון סביר ו/או תוך שימוש במכשירי עזר ו/או במשך זמן ארוך מהמקובל.
7. עצמאות שלמה: ללא עזרה, מבלי להסתכן, מבלי להיעזר במכשירים כלשהם, תוך זמן סביר.

**תנועות אקטיביות וטווח תנועה**

**גפיים עליונות - בדיקה מהירה:**

	מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר	(H.B.B) Hand Behind Back
	מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר	(H.B.H) Hand Behind Head
	מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר	Horizontal Adduction

**תנועה אקטיבית – באין שיתוף פעולה יתכן גם ע"פ תצפית**

הערות	Lt	Rt	תנועה
	מלא / חלקי / חסר מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר מלא / חלקי / חסר	<b>כתף:</b> הרמת יד (FLEX) הרחקת יד (ABD)
	מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר	<b>מרפק:</b> כיפוף יישור
	מלא / חלקי / חסר מלא / חלקי / חסר	מלא / חלקי / חסר מלא / חלקי / חסר	<b>כף יד:</b> אחיזה (GRIP) פתיחה

**גפיים תחתונות – בדיקה מהירה:**  בישיבה  שכיבה

הערות	Lt	Rt	ברך, ירך
	מלא / חסר / חלקי	מלא / חסר / חלקי	FLEXION
	מלא / חסר / חלקי	מלא / חסר / חלקי	FLEX, ABD, EXT. ROT
	מלא / חסר / חלקי	מלא / חסר / חלקי	FLEX, ADD, INT.ROT.
	מלא / חסר / חלקי	מלא / חסר / חלקי	EXTENSION

**כאב:**  אין  יש  גבוה  בינוני  נמוך  מיקום \_\_\_\_\_

מגיב מילולית: \_\_\_\_\_

מגיב לא מילולית / קולית: \_\_\_\_\_

שם המטופל: \_\_\_\_\_

הערות	חסר	חלקי	תקין		שווי משקל
				ללא תמיכת משענת גב וידיות	ישיבה
				ביציאה מקו האמצע	
				בביצוע רוטציות גוו	
				ללא אחיזה	עמידה
				עם או בלי אביזר עזר	הליכה

<input type="checkbox"/> באופן עצמאי	<input type="checkbox"/> בהשגחה צמודה	<b>תאור הליכה</b>  תבנית הליכה: _____ בסיס הליכה: _____ קצב הליכה: _____ עזרי תמיכה: _____
--------------------------------------	---------------------------------------	---

נמוכה   
  בינונית   
  גבוהה   
 הערכת הסכנה לנפילה:

**סיכום ממצאי הבדיקה**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**החלטה:**

כן   
  לא   
  מעקב

**נימוקים לאי מתן טיפול:**

---

---

---

---

שם המטופל: \_\_\_\_\_

## הטיפול

מטרות הטיפול: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

רמת המעורבות הטיפולית:

<input type="checkbox"/>	הנחיות למשפחה	<input type="checkbox"/>	הנחיות לצוות הסיעודי	<input type="checkbox"/>	קבוצתי	<input type="checkbox"/>	פרטני
<input type="checkbox"/>	מעקב	<input type="checkbox"/>	שיקומי	<input type="checkbox"/>	אקוטי	<input type="checkbox"/>	משמר
<input type="checkbox"/>	מניעתי	<input type="checkbox"/>	פיזיותרפיסט	<input type="checkbox"/>	כוח עזר	<input type="checkbox"/>	צוות סיעודי
<input type="checkbox"/>	תועד ב:	<input type="checkbox"/>	תיק המטופל	<input type="checkbox"/>	מחברת קשר		

פירוט תכנית טיפול ראשונית: \_\_\_\_\_

---

---

---

תדירות הטיפול: \_\_\_\_\_

---

הצורך בהתאמת ציוד עזר ו/או ציוד ניידות: \_\_\_\_\_

---

---

---

שם הבודק: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

