

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

## דו"ח פסיכו-סוציאלי לאשפוז סיעודי ("אשפוז בקוד")

### הנחיות

1. טופס זה מיועד למילוי ע"י העובד הסוציאלי עבור מטופל המועמד לאשפוז סיעודי.
  2. יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים, כאשר השדות המסומנים בכוכבית (\*) הינם חובה.
  3. את הטופס יש למלא ולשלוח עם שאר המסמכים הנדרשים אל המחלקה למחלות ממושכות בלשכת הבריאות שבה מטופלת הפנייה - בדוא"ל או לפי פרטי ההתקשרות באתר.
- \*טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד

מחלקה מומלצת ע"י הגורם המפנה (לסמן X במקום הרלוונטי)	הגורם המפנה (לסמן X במקום הרלוונטי ולפרט)
<input type="checkbox"/> סיעודיים	<input type="checkbox"/> מחלקה לשירותים חברתיים _____
<input type="checkbox"/> תשושי נפש	<input type="checkbox"/> לשכת הבריאות _____
<input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> בית חולים _____
	<input type="checkbox"/> קופת חולים _____
	<input type="checkbox"/> אחר _____

עמוד - 1 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

פרטים אישיים של המטופל

*שם פרטי:		*שם משפחה:		*תעודת זהות:	
*מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	*מצב משפחתי:	*ניצול שואה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
*ארץ לידה:		*שנת לידה:		שנת עלייה:	
*קופת חולים:		ביטוח משלים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		*מקצוע (אם גמלאי טרם פרישתו):	
*שפות דיבור: <input type="checkbox"/> עברית <input type="checkbox"/> ערבית <input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> רוסית <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>					

מקום מגוריו של המטופל ופרטים ליצירת קשר עמו

*ישוב:		*רחוב:	
*מספר בית:		*מספר דירה:	
*מיקוד:		ת.ד.:	
*קומה:		*מספר מדרגות:	
*מעלית: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		*בעלות הדירה: <input type="checkbox"/> בבעלות המטופל <input type="checkbox"/> בבעלות בן משפחה	
*הסדר דיור: <input type="checkbox"/> לבד <input type="checkbox"/> חברה ציבורית / משכנת <input type="checkbox"/> שותפים <input type="checkbox"/> דיור מוגן ציבורי / פרטי <input type="checkbox"/> שכירות <input type="checkbox"/> הוסטל <input type="checkbox"/>			
*טלפון נייד:		טלפון נוסף:	

עמוד - 2 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

המטפל העיקרי

*שם פרטי:	*שם משפחה:	*קירבה:
*הגדרה משפטית:	<input type="checkbox"/> מיופה כוח כללי / רפואי	<input type="checkbox"/> אפוטרופוס
*ישוב:	*רחוב:	*מספר בית:
*מספר דירה:	*מיקוד:	ת.ד.:
*טלפון נייד:	טלפון נוסף:	

בני משפחה הגרים עם המטופל

שם מלא	שנת לידה	מצב משפחתי	קירבה	טלפון נייד	תעסוקה
1					
2					
3					
4					

בני משפחה הגרים בנפרד ועומדים בקשר עמו (להתחיל עם בנים / בנות ולפרט בנוסף אנשים משמעותיים לטיפול כגון נכדים / נכדות, אחיינים, אחרים)

שם מלא	שנת לידה	מצב משפחתי	קירבה	עיר מגורים	טלפון נייד	תעסוקה
1						
2						
3						
4						
5						
6						

עמוד - 3 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

### מקורות הכנסה של המטופל

מקבל הקצבה	פנסיות מחו"ל	גמלה ממקום עבודה	קצבת ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> המועמד <input type="checkbox"/> בן / בת הזוג <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	גמלת זקנה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן השלמת הכנסה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן שארית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן נכות: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אחר: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
			מקורות הכנסה אחרים

האם מקבל גמלת סיעוד?  לא  כן

פרט: \_\_\_\_\_

האם הולך למרכז יום לקשיש?  לא  כן

האם יש עובד זר?  לא  כן

### הערכת המטופל

רקע כללי של המטופל והערכה פסיכוסוציאלית:

---

---

---

---

---

---

---

---

עמוד - 4 - מתוך 6

---

**פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות**

תנאי הדיור של המטופל על פי דברי המטופל / בני המשפחה / אפוטרופוס (כולל נגישות מבפנים ומבחוץ צפיפות וכדומה):

---

---

---

יחסי גומלין בין המטופל לבין משפחתו (כולל בעיות חריגות במשפחה – להתייחס ספציפית לחשש / מידע על התעמרות, ניצול כלכלי וכדומה):

---

---

---

השירותים בקהילה שהמטופל נעזר בהם (לפרט לגבי מידת המענה של גמלת סיעוד ומטפלים – כולל בהתייחס להעסקת עובד זר או מטפל בכל שעות היממה - אם רלוונטי, ארוחות חמות, מרכזי יום, כל סיוע במימון פרטי וכדומה):

---

---

---

**סידור מוסדי**

סיבה עיקרית לסידור מוסדי:

---

---

---

עמדת המטופל לסידור מוסדי:

עמוד - 5 - מתוך 6

פרטי המטופל: שם מלא ומספר זהות

עמדת המשפחה ו/או האפוסטרופוס לסידור מוסדי:

עדיפות לסידור מוסדי (שם המוסד):

1.	2.	אחר:	אין
----	----	------	-----

המשך טיפול

המלצות להמשך טיפול העו"ס במטופל ו/או משפחתו:

מקורות מידע (לסמן X במקום הרלוונטי ולפרט)

<input type="checkbox"/> שיחה עם מטופל	<input type="checkbox"/> ביקור בית
<input type="checkbox"/> שיחה עם בן משפחה	<input type="checkbox"/> אחר

פרטי העובד/ת הסוציאלי/ת

*שם פרטי:	*שם משפחה:	*טלפון:
*מקום העבודה:	*פקס / דוא"ל:	
*חתימה:	*מספר רישיון:	*תאריך:

עמוד - 6 - מתוך 6