



משרד הבריאות – האגף לגריאטריה  
Ministry of health -Geriatric Division  
משרד העבודה ורווחה – השירות לזקן  
Ministry of Labour & social - service for the Elderly

• מוסד לביטוח לאומי  
• שירותי בריאות כללית  
• מכבי שירותי בריאות  
• שירות התעסוקה  
• קופת חולים לאומית  
• קופת חולים מאוחדת

## מידע רפואי - סעודי

הטופס שלפניך יסייע לך לבצע אומדן רפואי וסיעודי.  
מטרת המידע רפואי והסיעודי לאמוד את מצבו  
הבריאותי והתפקודי של הזקן.  
מידע זה יהווה בסיס בתהליך קבלת החלטות לגבי הטיפול  
והשירות המתאים ביותר למטופל.

חשוב!!!

- הקפד/י למלא את כל הפרטים בטופס.
- יש לכתוב בכתב ברור ובעט כדורי.
- הרופא המטפל ימלא הפרטים בדף 2.
- האחיות תמלא הפרטים בדף 1, בדף 3 ודף 4.
- זכור/י שהמידע ישמש בסיס לשירות ולטיפול של הזקן.
- ההחלטה לסיווג התפקודי של המטופל תעשה ע"י צוות של רופא ואחות.
- ההחלטה למסגרת הטיפולית המוצעת ע"י צוות רב מקצועי של רופא, אחות ועובדת סוציאלית ואנשי צוות נוספים בהתאם לצורך.

בהצלחה

**1**  
דף  
כללי

משרד הבריאות - האגף לגריאטריה  
Ministry of Health - Geriatric Division  
משרד העבודה והרווחה - השרות לזקן  
Ministry of Labour & Social Affairs - Service for the Elderly



- המוסד לביטוח לאומי
- שירותי בריאות כללית
- מכבי שירותי בריאות
- שירות התעסוקה
- קופת חולים לאומית
- קופת חולים מאוחדת

## מידע רפואי - סיעודי

תאריך

**הוראות למילוי הטופס**

שנת לידה: 1955

אבילת ושתיה: 4, 2, 2, 2

נשימה: 3

**הצעה למסגרת שירות (לסמן X)**

עזמאים  
 תשומים  
 תשושי נפש  
 סיעודיים  
 סיעוד מורכב  
 שיקום  
 נפשון  
 ביטוח לאומי (נמלט סיעוד)  
 עובד זר

**הפינה (לסמן X ולפרט)**

מחי לשירותים חברתיים  
 לשכת הבריאות  
 בית חולים  
 קופת חולים  
 אחר

**3. ביטוח רפואי**

1	1. כללית	1 קופת חולים
2	2. לאומית	
3	3. מאוחדת	
4	4. מכבי	
1	1. כן	2 ביטוח משלים
2	2. לא	
3 ביטוח אחר		3 ביטוח אחר
לפרט		
4 הרופא המטפל		
שם הרופא	מרפאה	טלפון

**4. פרטים אישיים**

1 שם	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
2 תעודת זהות			
3 מין	1. זכר	2. נקבה	
4 שנת לידה			
5 ארץ לידה	שם הארץ		
6 שנת עליה			
7 ניצול שואה	1. כן	2. לא	
8 מצב משפחתי	1. נשוי/ה	2. אלמן/ה	3. רוושה
	4. רווק/ה		

**7. איש קשר**

1 פרטים אישיים	שם משפחה	שם פרטי	קרבה
2 כתובת	רחוב	מספר	עיר
3 טלפון	טלפון (בית)	טלפון (עב)	טלפון (אחר)
4 הגדרה משפטית	1. מיופה כח	2. אפוטרופוס	3. אחר (לפרט)
	1	2	3

**8. נזקים ניגודים**

1 נתובת נוכחית	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
2 נתובת לפי ת"ז	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
3 טלפון	טלפון בבית	טלפון אחר להודעות		
4 תנאי תדיר	כן לא	מסי הנפשות בבית (כולל המועמד)	מס' מדרגות	מעלית

**9. יו"ש ניגודי / שם המשרד / הגרם המטפל בבקשה**

תאריך קבלת הבקשה	תאריך קבלת מסמכים אחרים:
<input type="checkbox"/> דו"ח סוציאלי <input type="checkbox"/> סיכומי מחלה <input type="checkbox"/> אישורים ריפויים	<input type="checkbox"/> זמני <input type="checkbox"/> עזמאי <input type="checkbox"/> סיעודי <input type="checkbox"/> הערות
פירוט מסמכים נוספים נדרשים.	<input type="checkbox"/> קמע <input type="checkbox"/> תשומ נפש <input type="checkbox"/> שיקום
<b>פירוט מוצעת</b>	<b>פירוט מוצעת</b>
<input type="checkbox"/> טיפול במוסד <input type="checkbox"/> מחלקה <input type="checkbox"/> פירוט <input type="checkbox"/> טיפול בקהילה <input type="checkbox"/> פירוט	<input type="checkbox"/> טיפול במוסד <input type="checkbox"/> מחלקה <input type="checkbox"/> פירוט <input type="checkbox"/> טיפול בקהילה <input type="checkbox"/> פירוט
<b>דיון</b>	<b>דיון</b>
תאריך דיון ראשון	תאריך דיון ראשון
הערות	הערות







מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד  
תאריך

3. אינדן סיעודי		1. מצב תפקודי	
א נשימה	1. נשם חופשי 2. זקוק לאינהלציות 3. זקוק לחמצן 4. טרכיאוסטומיה, מכשיר	א רחצה	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית - כולל חלק מהגוף, גילוח 4. עזרה מלאה
ב מצב הפה	1. תקין 2. תותבות ומטפל בעצמו 3. עזרה בטיפול בשיניים/תותבות 4. זקוק לטיפול פה	ב הלבשה	1. עצמאי 2. סיוע קל - כולל השלמת כיפתור וכדי 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה
ג מצב העור	1. תקין 2. מריחה/פצע - מטפל בעצמו 3. מריחה/פצע - טיפול ע"י אחרת 4. פצע לחץ (ראה סעיפים הבאים)	ג העברות	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה
ד פצע לחץ (מספר)	יש לסמן את מספר פצעי הלחץ (בכל הדרגות) יש לסמן מספר 4 אם יש 4 או יותר פצעים.	ד ניידות	1. מתהלך לבד (כולל עם מכשיר) 2. השגחה בזמן הליכה 3. עזרה חלקית - תמיכה 4. עזרה מלאה או ריתוק
ה פצע לחץ (זרנה)	1. אודס בלבד 2. שטחי / שלמות 3. מעורבות השומן והת-עורי 4. עובר את שכבת השומן לרקמות	ה אכילה ושתייה	1. עצמאי 2. הגשה - כולל חיתוך וכדי 3. עזרה חלקית - כולל דרבון 4. עזרה מלאה - כולל חונח אנטרלית
ו ראייה	1. סבירה - ללא משקפים/עדשות 2. סבירה - עם משקפים/עדשות 3. מוגבלת 4. עיוורון	ו שליטה מתן שתן	1. עצמאי - שולט 2. שולט ברוב הזמן - סילל שפוש באביזרים ומטפל בעצמו 3. שליטה חלקית וזקוק לעזרה 4. אי שליטה במתן שתן
ז שמיעה	1. סבירה 2. סבירה - עם מכשיר 3. מוגבלת - ללא מכשיר 4. חרשות	ז שליטה יציאות	1. עצמאי - שולט 2. שולט ברוב הזמן ומטפל בעצמו 3. עזרה חלקית - מדיק שות הולט בחוק וכדי 4. אי שליטה במתן צואה
ח משקל	1. משקל רצוי ויציב 2. עודף משקל 3. תת משקל - יציב 4. תת משקל - ביריחה	2. מצב קוגניטיבי ורגשי	
4. שימוש באביזרים מיכשור		א מצב הכרה	1. בהכרה מלאה 2. בהכרה מלאה אבל ישנוני 3. בהכרה מעורפלת 4. מרוסר הכרה
א העברות	1. מגוף	ב מצב קוגניטיבי	1. מתמצא בזמן ובמקום, זכרון שמור 2. הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזכרון 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות ובזכרון 4. דמנציה מתקדמת
ב ניידות	1. מקל / טריפוד וכדי 2. הליכון 3. כסא גלגלים 4. מרזזה	ג מצב רגשי	1. מצב הרוח תקין 2. חרד/מטוחד 3. אדיש / מסוגר בעצמו 4. עצוב / מדוכא
ג האכלה	1. זונדה 2. נסטרוסטומיה (PEG, Button) 3. בענטסטומיה (PE) 4. אפי	ד התנהגות	1. משתף פעולה ורגוע 2. לא משתף פעולה <input type="checkbox"/> לא רגוע 3. אי שקט ו/או שוטטות 4. תוקפן מילולי או פיזי
ד שליטה	1. מנרז 2. קטטר 3. סטומה (כל סוג) 4. מוצרי ספיגה	ה תקשורת	1. מבין ומדבר ברור בשפתו 2. מבין ומדבר לא ברור (הפרעה בדיבור) 3. מבין אבל לא מסוגל לדבר 4. לא מבין ולא מדבר
ה נשימה	1. טרכיאוסטומיה - לא זקוק לסקשן 2. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן מדי פעם 3. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן כל יום 4. משתמש במכשיר (כמו יאשוו) לא קבוע 5. מונשם באופן קבוע		

חתימה

שם והאזינו



## מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

**הנחיות:** בטופס זה יש למלא חוות דעת כללית על הנבדק וסביבתו אשר תתבסס על התרשמות הבודק/ת מהנבדק, משפחתו וסביבתו.

1. תיאור התרשמותך מהנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: הופעה חיצונית, לבוש, הגיינה, מצב רוח ועוד.

---

---

---

---

---

---

---

---

2. תיאור התרשמותך מסביבת הנבדק, תארי ופרטי את התרשמותך לפי סעיפים כגון: צפיפות הדיור, ניקיון הבית, גישה לשירותים ולחדר רחצה, באיזה קומה גר הנבדק והאם יש מעלית! מעברים בבית ועוד. (הערה: חולה שנמצא במוסד, לציין סוג המחלקה, סיעודי/תשוש נפש ועוד).

---

---

---

---

---

---

---

---

3. סיכום:

---

---

---

---

---

---

---

---

חתימה

שם האחות

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_