**שאלון הורים לקליטה ביחידה לטיפול יום לילדים ולנוער**

הורה יקר/ה הנך מתבקש/ת למלא את הפרטים בטופס שלפניך.

הפרטים דרושים לנו על מנת שנוכל לנסות ולעזור לילדך בצורה הטובה והמקצועית ביותר.

יש למלא את השאלון ביסודיות ובמלואו.

כל הפרטים ישמרו בסודיות ככל חומר רפואי -אישי.

**שם הילד/ה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :**שם משפחה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **מין:** ז / נ **ת. ז**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

**תאריך לידה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ארץ לידה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **שנת עליה:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**כתובת: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**סיבת הפניה**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מי הגורם שיזם את ההפניה (בי"ס, הורים, מטפל, רופא וכו')?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תולדות הבעיה**) מתי החלה, איך התפתחה, אילו טיפולים כבר נעשו:( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הרכב משפחתי:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם | גיל | מקצוע | סטטוס זוגי | קשיים נפשיים |
| הורה 1 |  |  |  |  |  |
| הורה 2 |  |  |  |  |  |
| ילדים |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**במקרה של הורים גרושים, יש לצרף לשאלון אחד מהמסמכים הבאים:**

.1 אישור חתום של ההורה השני, עם הסכמה לטיפול במרפאתנו, כולל צילום תעודת זהות

.2 החלטת בית משפט המאשרת בדיקה או טיפול פסיכיאטרי

.3 החלטת בית משפט על צו אפוטרופסות

**האם גורמי הרווחה מעורבים?** כן / לא, פרט/י\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**האם ילדך מקבל קצבה מביטוח לאומי?** כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**רקע רפואי**:

1. האם ישנן בעיות גופניות )כולל טיפולים, ניתוחים,תרופות, תאונות(: כן / לא.

אם כן, נא לפרט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם נוטל תרופות כלשהן? אם כן, נא לפרט שם ומינון (כל סוג של תרופה(

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם ישנן רגישויות או אלרגיות כלשהן?

אם כן, נא לפרט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**רקע חינוכי:**

1. פרט/י מהן המסגרות החינוכיות אליהן הלך/ה ילדך עד היום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. האם היו קשיים במעברים בין מסגרות? כן / לא פרט/י\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. האם ילדך מקבל/ת שעות שילוב לימודי או רגשי במסגרת בית הספר? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**רקע חברתי ורגשי:**

1.תארו את העיסוקים בשעות הפנאי והתחביבים של ילדכם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. כיצד אתם מתרשמים ממצבו/ה החברתי ויחסיו/ה עם בני גילו/ה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. האם קיימת הבנה של מצבים חברתיים? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. כיצד מתמודד עם מצבי תסכול וכישלון? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.האם קיימות בעיות משמעות / התנהגות בבית / במסגרת החינוכית? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. האם לדעתך מודע/ת לקשייו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. מה התרשמותך לגבי הדימוי העצמי של ילדך? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. מהי מידת המוטיבציה לטיפול של ילדך? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**התנהגויות בסיכון:**

1. האם ישנו או היה בעבר שימוש בחומרים מסוכנים (סמים, אלכוהול, סיגריות וכו')?\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. האם ישנן או היו בעבר פגיעות עצמיות?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. האם ישנן או היו בעבר איומים / מעשים אובדניים?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**רקע טראומתי:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **אירוע** | **כן** | **לא** | **פירוט** |
| מוות במשפחה/אדם קרוב |  |  |  |
| מעורב/עד לתאונה |  |  |  |
| אשפוז הילד / המשפחה |  |  |  |
| פרידות ממושכות |  |  |  |
| דיכאון/ הפרעות נפשיות במשפחה |  |  |  |
| פגיעה פיזית/מינית/רגשית |  |  |  |
| חשיפה למריבות קשות/אלימות במשפחה/איומי פרידה |  |  |  |
| אירוע מפחיד/מלחיץ אחר? |  |  |  |

**שאלות כלליות:**

**1.** אירועים מיוחדים/ משמעותיים בחיי הילד/ה או המשפחה שחשוב לך לציין:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ציפיות ההורים והילד:

 מהמערך הטיפולי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מהמסגרת החינוכית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*לא לשכוח - בהגעתכם למרפאה, יש להביא סיכומים מאבחונים/ טיפולים קודמים\*\***

**תודה על שיתוף הפעולה,**

**בברכת בריאות טובה**

צוות היחידה לטיפול יום ל ילדים ונוער, המרכז הרפואי תל-אביב (איכילוב).

**רקע התפתחותי וטיפולי:**

1. האם ילדך עבר אבחון בעבר: אבחון דידקטי/ פסיכו-דידקטי/ בדיקה ממוחשבת להפרעת קשב TOVA) או (MOXO או אבחון אחר? אם כן, נא לפרט בטבלה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סוג אבחון | תאריך האבחון | האם נשלח עותק? כן/לא |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. האם ילדך טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום באחד מהתחומים הבאים:

קלינאית תקשורת /ריפוי בעיסוק/ פיזיותרפיה/ טיפול רגשי פרטני / טיפול רגשי קבוצתי / נוירולוג/הדרכת הורים/מעקב פסיכיאטרי/ אחר? אם כן, נא לפרט בטבלה

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| סוג טיפול | תאריך תחילת הטיפול | משך הטיפול | פירוט | האם קיים סיכום? כן/לא |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. האם ילדך טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום בטיפול תרופתי? אם כן, נא לפרט בטבלה

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הטיפול התרופתי | מטרת הטיפול | תאריך תחילת הטיפול | תופעות לוואי |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. האם היה צורך באבחון או טיפול במסגרת יחידה או מכון להתפתחות הילד? כן/לא.

אם כן, פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם פנית לאחרונה למסגרת טיפולית נוספת? כן/לא. אם כן, פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_