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

**המרכז הרפואי תל-אביב (איכילוב)**

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.

**פרטים אישיים**

**שם הילד/ה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**שם משפחה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מין:**  זכר  נקבה

**ת.ז:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**תאריך לידה:** לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

**ארץ לידה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **שנת עליה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**כתובת:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**טלפון הורים:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**כתובת מייל ליצירת קשר:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**סיבת הפניה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מי הגורם שיזם את ההפניה (ביה"ס, הורים, מטפל, רופא, וכו'...)?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**תולדות הבעיה (מתי החלה, איך התפתחה):** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**הרכב וסטטוס 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 + הסכמה לטיפול במרפאתנו + 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

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ילדך מקבל קצבה מביטוח לאומי?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ילדך נוטל תרופות?**  כן  לא

אם כן, פרט/י שם ומינון (כל סוג של תרופה): לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ישנן רגישויות או אלרגיות?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**רקע חינוכי**

**פרט/י מהן המסגרות החינוכיות אליהן הלך/ הלכה ילדך/ ילדתך עד היום:**

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם היו קשיים במעברים בין מסגרות?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ילדך/ ילדתך מקבל/ מקבלת שעות שילוב לימודי או רגשי במסגרת בית הספר?**

כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**רקע חברתי ורגשי**

**תאר את העיסוקים בשעות הפנאי והתחביבים של ילדכם:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**כיצד אתם מתרשמים ממצבו/ה החברתי ויחסיו/ה עם בני גילו/ה?**  לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם קיימת הבנה של מצבים חברתיים?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**כיצד מתמודד/ת עם מצבי תסכול וכישלון?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם קיימות בעיות משמעת/ התנהגות בבית/ במסגרת החינוכית?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם לדעתך מודע/ת לקשייו?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מהי התרשמותך לגבי הדימוי העצמי של ילדך?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מהי מידת המוטיבציה של ילדך לטיפול?** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**התנהגויות בסיכון**

**האם ישנו או היו בעבר שימוש בחומרים מסוכנים (סמים, אלכוהול, סיגריות וכו')?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ישנן או היו בעבר פגיעות עצמיות?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם ישנם או היו בעבר איומים/ מעשיים אובדניים?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**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**

**אירועים משמעותיים/ מיוחדים בחיי הילד/ה ו/ או המשפחה שחשוב לך לציין:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**ציפיות ההורים והילד מהמערך הטיפולי:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**רקע התפתחותי וטיפולי**

**האם ילדך עבר אבחון בעבר: אבחון דידקטי/ פסיכו-דידקטי/ בדיקה ממוחשבת להפרעת קשב TOVA) או (MOXO או אבחון אחר?**  כן  לא

אם כן, נא לפרט בטבלה:

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

**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?**  כן  לא

אם כן, נא לפרט בטבלה:

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

**האם ילדך טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום בטיפול תרופתי?**  כן  לא

אם כן, נא לפרט בטבלה:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם הטיפול התרופתי | מטרת הטיפול | תאריך תחילת הטיפול | תופעות לוואי | האם קיים סיכום ביקור? כן/לא |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**האם היה צורך באבחון או טיפול במסגרת יחידה או מכון להתפתחות הילד?**  כן  לא

אם כן, פרט/י: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**האם פנית לאחרונה למסגרת טיפולית נוספת?**  כן  לא

אם כן, פרטי: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

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

**תודה על שיתוף הפעולה,**

**בברכת בריאות טובה**

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