

טופס הערכה תפקודית

שם מבוטח: _____ ת.ז: _____

לכבוד

תביעות סיעוד

הנדון: הערכה תפקודית/קוגניטיבית/משולבת על ידי רופא/ה או אח/ות

רופא/ה, אח/ות לתשומת ליבכם, סעיפים 10-13 ימולאו ע"י רופא/ה בלבד

* מטעמי נוחות הטופס שלהלן נוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד

פרטים אישיים של המבוטח:

שם המבוטח: _____ מספר ת.ז: _____ תאריך לידה: _____

הבדיקה בוצעה בתאריך: _____ מיקום הבדיקה: בית המבוטח/ דיור מוגן/ מוסד סיעודי/ בבי"ח

כתובת מגורים: _____

האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח?

כן	לא
----	----

 באיזו שפה בוצעה הבדיקה? _____

האם נכח גורם נוסף בבדיקה?

כן	לא
----	----

 שמו של הגורם הנוסף? _____

האם דובר שפתו של המבוטח ותרגם את הדברים?

כן	לא
----	----

 מה קרבתו למבוטח? _____

האם המבוטח ביקש/אישר את נוכחות הגורם הנוסף?

כן	לא
----	----

 במידה ולא נכח, מדוע? _____

כיצד זוהה המבוטח? ת.ז/דרכון רישיון נהיגה מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה) _____

לתשומת ליבכם, נבקש לבצע הערכה קוגניטיבית רק בנוכחות נציג מטעם המבוטח!

(1) מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה והוצגו מסמכים בעת הביקור נשמח בצירוף צילומם להערכה):

(2) אבחנות רפואיות/מחלות רקע (מחלה + תאריך גילוי):

(3) אשפוזים בחודשים האחרונים (תאריך וסיבת אשפוז):

(4) תרופות קבועות:

פירוט:

(5) אנמנזה ותולדות מחלות עבר:

פירוט:

6) טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן בעמודת "ממצאי פעולה" ולציין מפורשות אם הודגמה הפעולה:

ממצאי פעולה		שם הפעולה									
פירוט:		<p>1. לקום משיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה:</p> <p>א. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p> <p>ב. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא או ממיטה ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p>									
פירוט:		<p>2. הלבשה:</p> <p>א. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון?</p> <p>ב. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון?</p>									
<p>נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>כניסה ויציאה</th> <th>פלג גוף עליון</th> <th>פלג גוף תחתון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>יכול <input type="checkbox"/></td> <td>יכול <input type="checkbox"/></td> <td>יכול <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>לא יכול <input type="checkbox"/></td> <td>לא יכול <input type="checkbox"/></td> <td>לא יכול <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	יכול <input type="checkbox"/>	יכול <input type="checkbox"/>	יכול <input type="checkbox"/>	לא יכול <input type="checkbox"/>	לא יכול <input type="checkbox"/>	לא יכול <input type="checkbox"/>	<p>3. רחצה:</p> <p>א. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהמבטיה או המקלחת?</p> <p>ב. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה?</p>
כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון									
יכול <input type="checkbox"/>	יכול <input type="checkbox"/>	יכול <input type="checkbox"/>									
לא יכול <input type="checkbox"/>	לא יכול <input type="checkbox"/>	לא יכול <input type="checkbox"/>									
פירוט:		<p>4. לאכול ולשתות:</p> <p>האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון נוכן עבור המבוטח והגוש לו?</p>									
<p>נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שנתן</th> <th>פעולות מעיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>שליטה מלאה <input type="checkbox"/></td> <td>שליטה מלאה <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>חוסר שליטה <input type="checkbox"/></td> <td>חוסר שליטה <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		שנתן	פעולות מעיים	שליטה מלאה <input type="checkbox"/>	שליטה מלאה <input type="checkbox"/>	חוסר שליטה <input type="checkbox"/>	חוסר שליטה <input type="checkbox"/>	<p>5. שליטה על הסוגרים:</p> <p>א. האם קיימת בעיה של אי שליטה באחד הסוגרים?</p> <p>במידה ולא מתקיים סעיף א. האם מתקיים הסעיף הבא:</p> <p>ב. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:</p> <ul style="list-style-type: none"> האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן? האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת הניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? <p>(במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך).</p>			
שנתן	פעולות מעיים										
שליטה מלאה <input type="checkbox"/>	שליטה מלאה <input type="checkbox"/>										
חוסר שליטה <input type="checkbox"/>	חוסר שליטה <input type="checkbox"/>										
פירוט:		<p>6. ניידות:</p> <p>א. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו?</p> <p>ב. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו בעצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות.</p> <p>ג. באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון: מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות/אי שיווי משקל?</p>									
פירוט:		<p>7. תשישות נפש – בדיקה משולבת:</p> <p>האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות? (ימולא על ידי רופא מומחה בתחום בלבד)</p>									

7) במקרה של מחלת הסרטן, נא לפרט:

כן	לא
----	----

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים?

אם כן, יש לציין את סוג הטיפול: _____ תדירות הטיפול: _____

צפי סיום סדרת הטיפולים? _____ תאריך תחילת הטיפול: _____

8) מי מתגורר עם המבוטח/ת בבית: _____

כן	לא
----	----

9) האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר? (כדוגמה ביטוח לאומי, חברת ביטוח)

כן	לא
----	----

האם יש עוזרת / מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי?

מה היקף השעות השבועיות? _____

סעיפים 10 עד 13 למילוי ע"י רופא/ה בלבד

10) בדיקה גופנית:

	מצב כללי
	נשימתי
	ראש, פנים
	צוואר
	לב
	בטן
	גפיים
	עור

11) בדיקה נירולוגית ואורתופדית:

	מצב הכרה
	כח גס ידיים
	טווחי תנועה ידיים
	טונוס שרירים ידיים
	כח גס רגליים
	טונוס שרירים רגליים
	קואורדינציה ומוטוריקה עדינה
	החזרים גידים
	בדיקת תחושה
	עצבים קרניאליים
	החזרים פתולוגיים
	מח קטן
	גב
	צוואר

פירוט נוסף:

12) בדיקה קוגניטיבית – תשישות נפש: (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או פסיכיאטריה).

פירוט:

- ככל שנקבעה תשישות נפש, על איזה רקע הפגיעה הקוגניטיבית והאם המצב זמני או קבוע? פירוט:

דף סיכום בדיקה

(13) סיכום הבודק, לרבות התייחסות באם קיים צפי שיקום (רופא/ה או אח/ות):

פירוט:

(14) טבלת תפקוד מסכמת ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

ADL 1 – אינו עצמאי	פעולה
	א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא או ממיטה לעמידה
	ב. הלבשה
	ג. רחצה
	ד. לאכול ולשתות
	ה. שליטה על הסוגרים
	ו. ניידות
	סיכום מספרי של הערכה תפקודית (יש לסכום את מספר הפעולות שהמבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו לא כולל תשישות נפש)
	ז. תשישות נפש – בדיקה משולבת

פרטי הבודק ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

שם: _____ מ.ר: _____ חתימה וחותמת הבודק: _____

שעם סיום בדיקה: _____ שעת תחילת בדיקה: _____