



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 • שירות התעסוקה • שירותי בריאות כללית • קופת חולים לאומית • מכבי שירותי בריאות • 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



מידע רפואי - סיעודי

תאריך

הוראות למילוי הטופס

שנת לידה: 1 9 5 5

אכילה ושתייה: 4 3 2 1

נשימה: 1 2 3

הצעה למסגרת / שירות (לסמן X)

עצמאים
 תושבים
 תשושי נפש
 סיעודיים
 סיעוד מורכב
 שיקום
 נופשון
 ביטוח לאומי (גמלת סיעוד)
 עובד זר

הכונה (לסמן X ולפרט)

מח' לשירותים חברתיים
 לשכת הבריאות
 בית חולים
 קופת חולים
 אחר

ג. 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		
לפרט		
4 הרופא המטפל		
שם הרופא	מרפאה	טלפון

א. 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			
6 שנת עליה	שם הארץ		
7 ניצול שואה	1. כן	2. לא	
8 מצב משפחתי	1. נשוי/ה	2. אלמן/ה	3. גרוש/ה
	4. רווק/ה		

ד. 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)
	כן	לא	

ב. מקום מגורים

1 כתובת נוכחית	רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
2 כתובת לפי ת"ל	רחוב	מספר	עיר	מיקוד	
3 טלפון	טלפון בבית	טלפון אחר להודעות			
4 תנאי הדיור	מסי הנפשות בבית (כולל המועמד)	כן	לא	מסי מדרגות	קומה

לשימוש משרדי שם המשרד / הגורם המטפל בבקשה

החלטה	תאריך החלטה	תאריך קבלת הבקשה
סיווג	<input type="checkbox"/> זמני <input type="checkbox"/> קבעי <input type="checkbox"/> תשושי נפש <input type="checkbox"/> שיקום <input type="checkbox"/> סיעודי <input type="checkbox"/> סיעוד מורכב	אישור קבלת מסמכים אחרים: <input type="checkbox"/> דו"ח סוציאלי <input type="checkbox"/> סיכומי מחלה <input type="checkbox"/> אישורים ממומחים פירוט מסמכים נוספים נדרשים:
מסגרת מוצעת	<input type="checkbox"/> טיפול במוסד <input type="checkbox"/> מחלקה <input type="checkbox"/> פירוט <input type="checkbox"/> טיפול בקהילה <input type="checkbox"/> פירוט	דיון תאריך דיון ראשון הערות
הצוות המחליט	פרטי הביצוע	



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד
תאריך

ב. טיפול			
1. טיפול רפואי מיוחד			
במידה והמועמד זקוק לטיפול רפואי פעיל או להשגחה רפואית צמודה, בגלל מצב לא יציב או מחלה פעילה, נא לפרט:			
א. קוד האבחנה/ות			
ב. פרטים			
2. טיפולים מיוחדים נוספים			
א. עירוניים	1. זקוק לעירוי נוזלים לפחות פעם בשבוע		
	2. זקוק לעירוי דם לפחות כל כמה שמועות		
ב. התערבויות	1. זקוק לניקוז צפקי, פלורלי וכדי לפחות כל כמה שמועות		
	2. זקוק להתערבויות כירורגיות חוזרות		
ג. נרקוטיקה	1. זקוק לטיפול פומי		
	2. זקוק לטיפול פרנטרלי		
ד. אחר (לפרט)	1.		
	2.		
3. תרופות			
תדירות	מינון	שם התרופה	דרך מתן
	x		
	x		
	x		
	x		
	x		
	x		
	x		
סה"כ תרופות			
ג. אשפוזים וניתוחים			
יש לצרף סיכומי מחלה מאשפוזים אחרונים/אשפוזי עכתי			
תאריך/שנה	שם בית החולים	ניתוח / סיבת אשפוז	

א. מידע רפואי			
קוד	אבחנות עיקריות	מתאריך	מערכת
01	Ischemic Heart Disease		Heart / Circulation
02	s/p Myocardial Infarction		
03	s/p CABG		
04	s/p PTCA		
05	Cardiac Arrythmia		
06	Atrial Fibrillation		
07	Pacemaker		
08	Congestive Heart Failure		
09	Peripheral Vascular Disease		
10	Cerebrovascular Disease		Neurological / Psychiatric
11	s/p CVA		
12	Hemiparesis / Hemiplegia		
13	Dysphasia / Aphasia		
14	s/p TIA		
15	Parkinson's Disease		
16	Seizure Disorder		
17	Dementia * * יש לצרף אישור מגריאטר או מפסיכיאטר או נוירולוג		
18	Depression		
19	Psychiatric illness * (other than depression) * יש לצרף אישור מפסיכיאטר		
20	Diabetes Mellitus		Endocrine
21	Hypothyroidism		
22	Hyperthyroidism		Musculoskel
23	Osteoarthritis		
24	Rheumatoid Arthritis		
25	s/p Hip Surgery		Respiratory
26	Chronic Lung Disease		
27	Asthma		Renal
28	Renal Failure (acute or chronic)		
29	Hemodialysis		
30	Peritoneal dialysis		Oncological
31	Describe type of tumor, spread, past and current therapy		
32	Anemia		Other
33	Malnutrition		
34	Hypertension		
35	Infectious Disease		
36	Alcohol or drug abuse		
37	Other (provide details)		



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד: _____
תאריך: _____

3. אומדן סיעודי		1. מצב תפקודי	
א נשימה	1. נושם 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 הלבושה	1. עצמאי 2. סיוע קל - כולל השלמת כיפתור וכדי 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה
ג מצב העור	1. תקין 2. פריחה/פצע - מטפל בעצמו 3. פריחה/פצע - טיפול ע"י אחרת 4. פצע לחץ (ראה סעיפים הנאים)	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 (דרגה)	1. אודם בלבד 2. שטחי / שלפוחית 3. מעורבות השומן התת-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 הזנה 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 - כולל שמוש 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 - צריך עזרת הולדת בחוקן וכדי 4. אי שליטה במתן צואה
ח משקל	1. משקל רצוי ויציב 2. עודף משקל 3. תת משקל - יציב 4. תת משקל - בירידה	2. מצב קוגניטיבי ורגשי	
4. שימוש באביזרים / מיכשור		א מצב הכרה	1. בהכרה מלאה 2. בהכרה מלאה אבל ישנוני 3. בהכרה מעורפלת 4. מחוסר הכרה
א העברות	1. מנוף	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. פרוטזה	ג מצב רגשי	1. מצב הרוח תקין 2. חרד/מפוחד 3. אדיש / מסוגר בעצמו 4. עצוב / מדוכא
ג האכלה	1. זונדה 2. גסטרוסטומיה (PEG, BUTTON) 3. גינוסטומיה (PEJ) 4. TPN	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. פנרוז 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 BIPAP) לא קבוע 5. מונשם באופן קבוע		



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

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

דף 4
 סיעודי

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