

הפניית הרופא המטפל לרופא ממיין בתחום התפתחות הילד

| 1 פרטים אישיים | | |
|----------------|-----------|----------------|
| גיל | מספר זהות | שם מלא של הילד |
| | | |

| 2 סיבת ההפניה |
|--|
| <p>לאיזה טיפול הילד לדעתך זקוק? <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> ריפוי בדיבור <input type="checkbox"/> אבחון רב צוותי, פרט: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| 3 נתונים של הילד בזמן הבדיקה | | | | |
|--|------|-------------|------|--------------------|
| גיל | משקל | אחזון | גובה | ס"מ אחזון |
| | | | | |
| <p>הריון תקין/לא תקין, פרט: _____</p> <p>לידה תקינה/לא תקינה, פרט: _____ שבוע לידה: _____</p> <p>סיבוכים סב לידתיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____</p> <p>האם הילד אושפז פעם ולמה? _____</p> <p>ניתוחים: כפתורים/אדנואידים/הרניה/כריתת שקדים/אחר: _____</p> <p>האם היו פרכוסים מחום: _____ אחר: _____</p> <p>האם בטיפול תרופתי קבוע או ממושך? פרט: _____</p> <p>האם עבר בירורים רפואיים? פרט: _____</p> <p>בדיקת רופא א"ג: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>בדיקת שמיעה: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>בדיקת ראייה: <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <input type="checkbox"/> לא בוצע</p> <p>האם הילד סבל או סובל מ: _____</p> <p>דלקות אוזניים חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא דלקות גרון חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא דלקות ריאה חוזרות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>בעיות התפתחות ידועות: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ממצאים בבדיקה גופנית: _____</p> <p>_____</p> | | | | |
| שם הרופא | | חתימת הרופא | | תאריך מילוי ההפניה |
| | | x _____ | | |