

**טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד - שאלון להורים**

1 פרטים כלליים			
שם מלא של הילד/ה	תעודת זהות של הילד	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה לועזי
כתובת	מספר טלפון בבית	מספר פקס	
שם האב	מספר טלפון נייד של האב	שם האם	מספר טלפון נייד של האם
מיילים רלבנטיים: _____			
שם רופא הילדים	סניף קופת חולים	תאריך מילוי שאלון	

2 פרטי הגורם המפנה
פרטי הגורם המפנה: <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> גננת/מורה <input type="checkbox"/> רופא <input type="checkbox"/> טיפת חלב <input type="checkbox"/> אחר: _____ הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בדיבור (נא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) <input type="checkbox"/> טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית <input type="checkbox"/> אחר: _____ דעת ההורים על ההפניה: _____ מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____

3 הריון ולידה			
מהלך ההיריון	מהלך הלידה	בית החולים בו נולד	גיל ההיריון (בשבועות)
משקל הלידה צורת לידה: <input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> עכוז <input type="checkbox"/> מלקחיים <input type="checkbox"/> ואקום <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי מתוכנן <input type="checkbox"/> דחוף <input type="checkbox"/> סיבוכים לאחר הלידה: _____			

4 מצב בריאות
האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____ מומים גופניים: _____ טיפול תרופתי ממושך: _____ אשפוזים בעבר: _____ ניתוחים: _____

5 שינה
מספר שעות שינה רצופות בלילה: _____ האם הילד מתעורר במשך הלילה? _____ ואם כן כמה פעמים? _____ האם הילד מרטיב בלילה? _____ ואם כן באיזו תדירות? _____ האם הילד נוחר או משמיע קולות בזמן השינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם הילד נושם עם פה פתוח בזמן השינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

**6 התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום**

באיזה גיל ילדך:

התהפך: בטן/גב: \_\_\_\_\_ גב/בטן: \_\_\_\_\_ זחל: \_\_\_\_\_ ישב: \_\_\_\_\_ הלך: \_\_\_\_\_

שליטה מלאה בצרכים: \_\_\_\_\_ מגיל: \_\_\_\_\_ ביום: \_\_\_\_\_ בלילה: \_\_\_\_\_

האם ילדך מתלבש לבד? \_\_\_\_\_ עוזר בהלבשה/הפשטה או זקוק לעזרה מלאה? \_\_\_\_\_ האם ילדך אוכל באופן עצמאי? \_\_\_\_\_

**7 דיבור**

איזו שפה מדברת האם? \_\_\_\_\_ איזו שפה המדבר האב? \_\_\_\_\_

אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? \_\_\_\_\_ מאיזה גיל השמיעה/הילד/ה: מילים ראשונות? \_\_\_\_\_

צירופי 2-3 מילים? \_\_\_\_\_ באיזה גיל דיבר בשטף? \_\_\_\_\_

 איך נושם בערנות?  דרך הפה  דרך האף. האם משתמש במוצץ?  כן  לא האם מוצץ אצבע?  כן  לא

האם הילד מדבר בקול רם לדעתך? \_\_\_\_\_

**8 אכילה**

 הילד:  ינק  אכל מבקבוק  הנקה וגם בקבוק

באיזה גיל עבר מאכילה בבקבוק לאכילת מזון מוצק? \_\_\_\_\_

 הילד אוכל בפה:  פתוח  סגור. האם יש בררנות באוכל?  כן  לא

 האם הילד מרייר?  כן  לא

**9 תחושה**

 האם ילדך נמנע מנגע ממגע (חיבוק, ליטוף)?  כן  לא

 האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים?  כן  לא. אם כן תפרט/י: \_\_\_\_\_

 האם ילדך נמנע / מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון: נוזל/מוצק?  כן  לא

 האם ילדך סובל מבחילה בנסיעה או במתקני גן שעשועים?  כן  לא

 האם ילדך מחפש / נמנע מנדנדוד חזק?  כן  לא

**10 התנהגות**

אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/י 1 אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/י 5 אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים 2,3, ו-4. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר:

שקט ורגוע	1	2	3	4	5	קולני וחסר שקט
קל מאד להאכיל אותו	1	2	3	4	5	בעיות האכלה יום יומיות
ישן טוב	1	2	3	4	5	בעיות שינה תכופות
בדרך כלל רגוע	1	2	3	4	5	בדרך כלל חסר מנוחה
חסר פעילות	1	2	3	4	5	פעילות יתר
מתרפק, קל לחיבוק	1	2	3	4	5	לא נהנה ממגע
קל להרגיע אותו	1	2	3	4	5	התפרצויות זעם, מטיח את הראש
זהיר	1	2	3	4	5	נוטה לתאונות, הרפתקן
נהנה מקשר עין	1	2	3	4	5	נמנע מקשר עין
אוהב חבר	1	2	3	4	5	אינו אוהב קשר עם אנשים
נפרד בקלות (מאבא או אמא)	1	2	3	4	5	מתקשה מאוד להיפרד

תאר/י נא, התנהגויות של ילדך/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה:

תאר/י נא אירועים חריגים, טראומטיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילדך/תך, נא פרטי אירוע, \_\_\_\_\_

גילו/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובתו/ה: \_\_\_\_\_

האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד' ?  כן  לא **אם כן**, אנא פרטי כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול: \_\_\_\_\_

**11 אישיות והתנהגות כיום**

נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:

<input type="checkbox"/> עצוב	<input type="checkbox"/> שמח	<input type="checkbox"/> מנהיג	<input type="checkbox"/> מונהג	<input type="checkbox"/> נוסטה למצבי רוח
<input type="checkbox"/> חברתי	<input type="checkbox"/> שקט	<input type="checkbox"/> פעילות יתר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תלותי
<input type="checkbox"/> רגיש	<input type="checkbox"/> מביע רגש	<input type="checkbox"/> מלא פחדים	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם
<input type="checkbox"/> חסר אנרגיה / עייף	<input type="checkbox"/> אחראי מדי (דואג)	<input type="checkbox"/> בעיות בשינה	<input type="checkbox"/> קשה לשליטה	<input type="checkbox"/> מזג או אופי נוח
<input type="checkbox"/> מעדיף להיות לבד	<input type="checkbox"/> לא יוזם	<input type="checkbox"/> מבולבל	<input type="checkbox"/> לא מנומס	<input type="checkbox"/> אימפולסיבי

**12**

טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי)  
\* אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן

תוצאות/סיבת הפסקה	משך הטיפול	מסגרת שבה טופל	סוג הטיפול	
				1
				2

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה? \_\_\_\_\_

**13**
**מסגרת חינוכית**

שם המטפלת	שם בית ספר/ הגן בו נמצא הילד	סוג המסגרת
		<input type="checkbox"/> בבית <input type="checkbox"/> מטפלת <input type="checkbox"/> משפחתון <input type="checkbox"/> מעון
מספר ילדים בכיתה או קבוצה	סוג כיתה	כיתה
	<input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> מיוחדת <input type="checkbox"/> מקדמת	

**14**
**פרטי המשפחה**
**פרטי האב (או אב מאמץ/חורג)**

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  נשוי  גרוש  אלמן  פרוד  רווק

**פרטי האם (או אם מאמצת/חורגת)**

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  נשואה  גרושה  אלמנה  פרודה  רווקה

15 אחים ואחיות			
שם	גיל	מסגרת חינוך	האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה?

כמה נפשות גרות בבית? \_\_\_\_\_ מיקום ילד בין האחים: \_\_\_\_\_

16 הערות נוספות

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

17 פרטי ממלא הטופס	
שם ההורה הממלא את הטופס	חתימה
_____	_____ *