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

משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
Ministry of Health - Geriatric Division
משרד העבודה והרווחה – השרות לזקן
Ministry of Labour & Social Affairs - Service for the Elderly

דף 1 כללי

מידע רפואי – סיעודי

תאריך

הפונה (לסמן X ולפרט)

- [ ] מחי לשירותים חברתיים
- [ ] לשכת הבריאות
- [ ] בית חולים
- [ ] קופת חולים
- [ ] אחר

הצעה למסגרת שירות (לסמן X)

- [ ] עצמאים
- [ ] תשושים
- [ ] תשושי נפש
- [ ] סיעודיים
- [ ] סיעוד מורכב
- [ ] שיקום
- [ ] נפשגן
- [ ] ביטוח לאומי (גמלת סיעוד)
- [ ] עובד זר

הוראות למילוי הטופס

שנת לידה: 1955

אכילה ושתיה: 1 2 3 4

נשימה: 1 2 3

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

ב. מקום מגורים

1	כתובת נוכחית	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
2	כתובת לפני ת"ז (אם שונה מהנוכחית)	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
3	טלפון	טלפון נייח	טלפון אחר להודעות		
4	תנאי הדיור	קומה	מס' מדרגות	בן לא מעלית	מס' הנפשות בבית (כולל המועמד)

ג. ביטוח רפואי

1	קופת חולים	1. כללית / 2. לאומית / 3. מאוחדת / 4. מכבי
2	ביטוח משלים	1. כן / 2. לא
3	ביטוח אחר	לפרט
4	הזיפא המטפל	שם הרופא / מרפאה / טלפון

ד. איש קשר

1	פרטים אישיים	שם משפחה	שם פרטי	קרבה
2	כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
3	טלפון	טלפון (בית)	טלפון (עב.)	טלפון (אחר)
4	הגדרה משפטית	1. מיופה כח / 2. אפוטרופוס [ ] מלא [ ] רכוש / 3. אחר (לפרט)			

לשימוש משרדי

שם המשרד / הגורם המטפל בבקשה

תאריך קבלת הבקשה	**החלטה** תאריך ההחלטה
אישור קבלת מסמכים אחרים:	**סיווג**: [ ] עצמאי [ ] תשוש [ ] השדש נפש / [ ] זמני [ ] קבע
[ ] דו"ח סוציאלי [ ] [ ] [ ] סיכומי-מחלה	[ ] סיעודי [ ] סיעוד-מורכב [ ] שיקום
[ ] אישורים ממוחים	הערות
פירוט מסמכים נוספים נדרשים:	**מסגרת מוצעת**
	[ ] טיפול בפוסד
דיון תאריך דיון ראשון	מחלקה
הערות	פירוט

הצעות המחליט

פרטי הביצוע

משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
Ministry of Health - Geriatric Division
משרד העבודה והרווחה – השירות לזקן
Ministry of Labour & Social Affairs - Service for the Elderly

• המוסד לביטוח לאומי • שירות התעסוקה
• שירותי בריאות כללית • קופת חולים לאומית
• מכבי שירותי בריאות • קופת חולים מאוחדת

דף 2 רפואי

מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

א. מידע רפואי

	קוד	אבחנות עיקריות	מתאריך	סערכת	
	01	Ischemic Heart Disease		Heart/ Circulation	1
	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	2
	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 פסיכיאטר או נוירולוג			
	18	Depression			
	19	Psychiatric illness * (other than depression) * יש לצרף אישור מפסיכיאטר			
	20	Diabetes Mellitus		Endocrine	3
	21	Hypothyroidism			
	22	Hyperthyroidism			
	23	Osteoarthrosis		Musculoskal	4
	24	Rheumatoid Arthritis			
	25	s/p Hip Surgery			
	26	Chronic Lung Disease		Respiratory	5
	27	Asthma			
	28	Renal Failure (acute or chronic)		Renal	6
	29	Hemodialysis			
	30	Peritoneal dialysis			
	31	Describe type of tumor, spread, past and current therapy		Oncological	7
	32	Anemia		Other	8
	33	Malnutrition			
	34	Hypertension			
	35	Infectious Disease			
	36	Alcohol or drug abuse			
	37	Other (provide details)			

ב. טיפול

1. טיפול רפואי מיוחד

במידה והמועמד זקוק לטיפול רפואי מעיל או מחשגחה רפואית צמודה, בגלל מצב לא יציב או מחלה מעילה, נא לפרט:

א. קוד האבחנה/ות

ב. פרטים

2. טיפולים מיוחדים נוספים

א	עירויים	1. זקוק לעירוי נוזלים לפחות פעם בשבוע	1
		2. זקוק לעירוי דם לפחות כל כמה שבועות	2
ב	התערבויות	1. זקוק לניקוז צפקי, פלוירלי וכדי למנוע כל כמה שבועות	1
		2. זקוק להתערבויות כירורגיות חוזרות	2
ג	נרקוטיקה	1. זקוק לטיפול פומי	1
		2. זקוק לטיפול פרנטרלי	2
ד	אחר (פרט)	1.	1
		2.	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/אשפוז עכשיו

	תאריך/שנה	שם בית החולים	ניתוח / סיבת אשפוז
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

• המוסד לביטוח לאומי • שירות התעסוקה
• שירותי בריאות כללית • קופת חולים לאומית
• מכבי שירותי בריאות • קופת חולים מאוחדת

משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
Ministry of Health - Geriatric Division
משרד העבודה והרווחה – השרות לזקן
Ministry of Labour & Social Affairs - Service for the Elderly

דף 3 סיעודי

מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

1. מצב תפקודי

א	**רחצה**	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית - כולל חלק מהגוף, גילוח 4. עזרה מלאה 1 2 3 4
ב	**הלבשה**	1. עצמאי 2. סיוע קל - כולל השלמת כיפתור וכדי 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה 1 2 3 4
ג	**העברות**	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה 1 2 3 4
ד	**ניידות**	1. מתהלך לבד (כולל עם מכשיר) 2. השגחה בזמן הליכה 3. עזרה חלקית - תמיכה 4. עזרה מלאה או ריתוק 1 2 3 4
ה	**אכילה ושתיה**	1. עצמאי 2. הגשה - כולל חיתוך וכדי 3. עזרה חלקית - כולל דרבון 4. עזרה מלאה - כולל הזנה אנטרלית 1 2 3 4
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 1 2 3 4
ז	**שליטה יציאות**	1. עצמאי - שולט 2. שולט ברוב הזמן ומטפל בעצמו 3. עזרה חלקית - צריך עזרת הזולת בחוקן וכדי 4. אי שליטה במתן צואה 1 2 3 4

2. מצב קוגניטיבי ורגשי

א	**מצב הכרה**	1. בהכרה מלאה 2. בהכרה מלאה אבל ישנוני 3. בהכרה מעורפלת 4. מחוסר הכרה 1 2 3 4
ב	**מצב קוגניטיבי**	1. מתמצא בזמן ובמקום, זכרון שמור 2. הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזכרון 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות וזכרון 4. דמנציה מתקדמת 1 2 3 4
ג	**מצב רגשי**	1. מצב הרוח תקין 2. חרד/מפוחד 3. אדיש / מסוגר בעצמו 4. עצוב / מדוכא 1 2 3 4
ד	**התנהגות**	1. משתף פעולה ורגוע 2. ☐ לא משתף פעולה ☐ לא רגוע 3. אי שקט ו/או שוטטות 4. תוקפן מילולי או פיזי 1 2 3 4
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 1 2 3 4

3. אומדן סיעודי

א	**נשימה**	1. נושם חופשי 2. זקוק לאינהלציות 3. זקוק לחמצן 4. טרכיאוסטומיה, מכשיר 1 2 3 4
ב	**מצב הפה**	1. תקין 2. תותבות ומטפל בעצמו 3. עזרה בטיפול בשיניים/תותבות 4. זקוק לטיפול פה 1 2 3 4
ג	**מצב העור**	1. תקין 2. פריחה/פצע - מטפל בעצמו 3. פריחה/פצע - טיפול ע"י אחות 4. פצע לחץ (ראה סעיפים הבאים) 1 2 3 4
ד	**פצע לחץ (מספר)**	יש לסמן את מספר פצעי הלחץ (בכל הדרגות) יש לסמן מספר 4 אם יש 4 או יותר פצעים. 1 2 3 4
ה	**פצע לחץ (דרגה)**	יש לסמן את דרגת הפצע הקשה ביותר 1. אודם בלבד 2. שטחי / שלפוחית 3. מעורבות השומן התת-עורי 4. עובר את שכבת השומן לרקמות 1 2 3 4
ו	**ראיה**	1. סבירה - ללא משקפים/עדשות 2. סבירה - עם משקפים/עדשות 3. מוגבלת 4. עיוורון 1 2 3 4
ז	**שמיעה**	1. סבירה 2. סבירה - עם מכשיר 3. מוגבלת - ללא מכשיר 4. חרשות 1 2 3 4
ח	**משקל**	1. משקל רצוי ויציב 2. עודף משקל 3. תת משקל - יציב 4. תת משקל - בירידה 1 2 3 4

4. שימוש באביזרים / מיכשור

א	**העברות**	1. מנוף — 1
ב	**ניידות**	1. מקל / טריפוד וכדי — 1 2. הליכון — 2 3. כסא גלגלים — 3 4. פרוטזה — 4
ג	**האכלה**	1. זונדה — 1 2. גסטרוסטומיה (PEG, BUTTON) — 2 3. ג'יג'ונוסטומיה (PEJ) — 3 4. TPN — 4
ד	**שליטה**	1. פנרוז — 1 2. קטטר — 2 3. סטומה (כל סוג) — 3 4. מוצרי ספיגה — 4
ה	**נשימה**	1. טרכיאוסטומיה - לא זקוק לסקשן — 1 2. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן מדי פעם — 2 3. טרכיאוסטומיה - זקוק לסקשן כל יום — 3 4. משתמש במכשיר (כמו BIPAP) לא קבוע — 4 5. מונשם באופן קבוע — 5

• מוסד לביטוח לאומי • שירות התעסוקה משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
• שירותי בריאות כללית • קופת חולים לאומית Ministry of health -Geriatric Division
• מכבי שירותי בריאות • קופת חולים מאוחדת משרד העבודה ורווחה – השירות לזקן
Ministry of Labour & social - service for the Elderly

דף 4
סיעודי

מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד

תאריך

<u>הנחיות</u>: בטופס זה יש למלא חוות דעת כללית על הנבדק וסביבתו אשר תתבסס על התרשמות הבודק/ת מהנבדק, משפחתו וסביבתו.

1. תיאור התרשמותך מהנבדק, תאר/י ופרט/י את התרשמותך לפי סעיפים כגון: הופעה חיצונית, לבוש, הגיינה, מצב רוח ועוד.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. תיאור התרשמותך מסביבת הנבדק, תאר/י ופרט/י 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: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

שם האחות _____ חתימה _____