

הערכה □ תפקודית / □ קוגניטיבית / □ משולבת

(יש לבחור את הבדיקה המתאימה)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:

מחלקת תביעות סיעוד - אגף תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות
רופא/ה, אח/ות לתשומת ליבכם, סעיפים 10-12 ימולאו ע"י רופא/ה בלבד.

1 פרטי המבוטח כולל אופן זיהוי המבוטח, שפת ביצוע הערכה ונוכחות נציג מטעם המבוטח

שם המבוטח		מספר ת.ז.		תאריך לידה	
כתובת: רחוב		מס'		מיקוד	
הבדיקה בוצעה בתאריך		מיקום הבדיקה		האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח?	
☐ בית המבוטח ☐ דיור מוגן ☐ מוסד סיעודי ☐ בבית		☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
באיזו שפה בוצעה הבדיקה?		האם נכח גורם נוסף בבדיקה?		שמו של הגורם הנוסף	
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
האם דובר את שפתו של המבוטח ותרגם את הדברים?		מהי קרבתו למבוטח?		האם המבוטח ביקש/אישר את נוכחות הגורם הנוסף?	
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
במידה ולא נכח, מדוע?		כיצד זוהה המבוטח?		מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה)	
☐ ת.ז./דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ מסמך אחר		☐ מסמך אחר		☐ מסמך אחר	

2 מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה ומסמכים הוצגו ע"י המבוטח בעת הביקור, נבקש לצלמם ולהעבירם בצמוד לסיכום הבדיקה)

א.	
ב.	
ג.	

3 אבחנות רפואיות/מחלות רקע

תאריך גילוי	מחלה

4 אשפוזים בחודשים האחרונים

תאריך אשפוז	סיבה ואבחנה

5 תרופות קבועות

פירוט.....
.....
.....

6 אנמנזה ותולדות מחלות עבר

פירוט.....
.....
.....



^dt30902

7 טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן במלל את "נומצי הפעולה" ולציין מפורשות האם הודגמה הפעולה)

שם הפעולה	מריצי פעולה	עצמאי / אינו עצמאי									
א. לקום משכיבה במיטה לשיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?	פירוט.....										
ב. הלבשה i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון? (חולצה) ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)	פירוט.....										
ג. רחצה i. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה על פי הפירוט בטבלה: ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת?	נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו: <table><tr><th>כניסה ויציאה</th><th>פלג גוף עליון</th><th>פלג גוף תחתון</th></tr><tr><td>☐ יכול</td><td>☐ יכול</td><td>☐ יכול</td></tr><tr><td>☐ לא יכול</td><td>☐ לא יכול</td><td>☐ לא יכול</td></tr></table> פירוט.....	כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	☐ יכול	☐ יכול	☐ יכול	☐ לא יכול	☐ לא יכול	☐ לא יכול	
כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון									
☐ יכול	☐ יכול	☐ יכול									
☐ לא יכול	☐ לא יכול	☐ לא יכול									
ד. לאכול ולשתות i. כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו	פירוט.....										
ה. שליטה על הסוגרים i. האם קיימת אי שליטה? במידה ולא מתקיים סעיף i האם מתקיים הסעיף הבא: ii. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד: 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 ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? (במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)	נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה: <table><tr><th>שתן</th><th>פעולות המעיים</th></tr><tr><td>☐ שליטה מלאה</td><td>☐ שליטה מלאה</td></tr><tr><td>☐ חוסר שליטה</td><td>☐ חוסר שליטה</td></tr></table> פירוט.....	שתן	פעולות המעיים	☐ שליטה מלאה	☐ שליטה מלאה	☐ חוסר שליטה	☐ חוסר שליטה				
שתן	פעולות המעיים										
☐ שליטה מלאה	☐ שליטה מלאה										
☐ חוסר שליטה	☐ חוסר שליטה										
ו. ניידות i. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו? ii. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית 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 iii. באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?	פירוט.....										



8	באבחנה למחלת הסרטן, נא לפרט:
האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים: ☐ כן ☐ לא	
אם כן, יש לציין את סוג הטיפול:	
תדירות הטיפול:	
תאריך תחילת הטיפול:	
צפי סיום סידרת הטיפולים:	

9	מי מתגורר עם המבוטח בבית והאם מוכר ומקבל עזרה מגוף/מוסד אחר?
פרט:	
האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)? ☐ כן ☐ לא	
האם יש עוזרת / מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי? ☐ כן ☐ לא	
מה היקף השעות השבועיות:	



תעודת זהות:

10 בדיקה גופנית

מצב כללי	
נשימתי	
ראש, פנים	
צוואר	
לב	
בטן	
גפיים	
עור	

11 בדיקה נוירולוגית ואורתופדית

מצב הכרה	
כח גס ידיים	
טווחי תנועה ידיים	
טונוס שרירים ידיים	
כח גס רגליים	
טווחי תנועה רגליים	
טונוס שרירים רגליים	
קואורדינציה ומוטוריקה עדינה	
החזרים גידים	
בדיקת תחושה	
עצבים קרניאליים	
החזרים פתלוגיים	
מח קטן	
גב	
צוואר	
פירוט נוסף:.....	
.....	

12 בדיקה קוגניטיבית-תשישיות נפש (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או פסיכיאטריה)

תשישות נפש

האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות?

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

פירוט:



^dt30902

סיכום בדיקה:

13 סיכום הבודק לרבות התייחסות לצפי שיקום במידה ויניים (ימולא ע"י רופא/ה ו/או אח/ור)

פירוט:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

האם המבוטח עצמאי ב-ADL	פעולה
☐ כן ☐ לא	א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה
☐ כן ☐ לא	ב. הלבשה
☐ כן ☐ לא	ג. רחצה
☐ כן ☐ לא	ד. לאכול ולשתות
☐ כן ☐ לא	ה. שליטה על הסוגרים
☐ כן ☐ לא	ו. נידודות
☐ עונה להגדרת תשוש ☐ אינו עונה להגדרת תשוש	ז. תשישות נפש - בדיקה משולבת

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

שם: מ.ר: חתימה וחותמת הבודק: 

שעת תחילת בדיקה: :שעת סיום בדיקה: :משך זמן בדיקה:

