



## מידע רפואי - סיעודי

תאריך

<b>הוראות למילוי הטופס</b>		<b>הצעה למסגרת/שירות (לסמן X)</b>		<b>הפונה (לסמן X ולפרט)</b>	
שנת לידה 1 9 5 5		<input type="checkbox"/> עצמאים	<input type="checkbox"/> שיקום	<input type="checkbox"/> מחי לשירותים חברתיים	
אכילה ושתיה 3/2/1		<input type="checkbox"/> תשושים	<input type="checkbox"/> נופשון	<input type="checkbox"/> לשכת הבריאות	
נשימה 2/1/3		<input type="checkbox"/> תשושי נפש	<input type="checkbox"/> ביטוח לאומי (גמלת סיעוד)	<input type="checkbox"/> בית חולים	
		<input type="checkbox"/> סיעודיים	<input type="checkbox"/> עובד זר	<input type="checkbox"/> קופת חולים	
		<input type="checkbox"/> סיעוד מורכב		<input type="checkbox"/> אחר	

<b>ג. ביטוח רפואי</b>			<b>א. פרטים אישיים</b>		
1	1. כללית	1	שם		
2	2. לאומית	2	שם משפחה		
3	3. מאוחדת	3	שם פרטי		
4	4. מכבי	4	שם האב		
1	1. כן	1	1. זכר		
2	2. לא	2	2. נקבה		
			שנת לידה		
			ארץ לידה		
			שנת עליה		
			1. כן		
			2. לא		
			1. נשוי/ה		
			2. אלמן/ה		
			3. גרוש/ה		
			4. רווק/ה		
<b>ד. איש קשר</b>			<b>ב. מקום מגורים</b>		
1	1. פרטים אישיים	1	1. כתובת נוכחית		
			2. כתובת לפי ת"ז		
			3. טלפון		
			4. תנאי הדיור		

<b>לשימוש משרדי</b>			שם המשרד / הגורם המטפל בבקשה		
<b>החלטה</b>			תאריך קבלת הבקשה		
<b>סיווג</b>			<b>הצוות המחליט</b>		
<input type="checkbox"/> זמני	<input type="checkbox"/> קבוע	<input type="checkbox"/> תשושי נפש	שם	תפקיד	חתימה
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תשושי	<input type="checkbox"/> שיקום	שם	תפקיד	חתימה
<input type="checkbox"/> סיעודי	<input type="checkbox"/> סיעוד מורכב	<input type="checkbox"/> הערות	שם	תפקיד	חתימה
<b>מסגרת מוצעת</b>			<b>פרטי הביצוע</b>		
<input type="checkbox"/> טיפול במוסד					
<input type="checkbox"/> מחלקה					
<input type="checkbox"/> פירוט					
<input type="checkbox"/> טיפול בקהילה					
<input type="checkbox"/> פירוט					
<b>דיון</b>			תאריך דיון ראשון		
<b>הערות</b>					



מידע רפואי - סיעודי

שם המועמד  
תאריך

ב. טיפול				א. מידע רפואי			
<b>1. טיפול רפואי מיוחד</b>				קוד	אבחנות עיקריות	מתאריך	מערכת
במידה והמועמד זקוק לטיפול רפואי פעיל או להשגחה רפואית צמודה, בגלל מצב לא יציב או מחלה פעילה, נא לפרט:				01	Ischemic Heart Disease		Heart / Circulation
א. קוד האבחנה/ות				02	s/p Myocardial Infarction		
ב. פרטים				03	s/p CABG		
				04	s/p PTCA		
				05	Cardiac Arrhythmia		
				06	Atrial Fibrillation		
				07	Pacemaker		
				08	Congestive Heart Failure		
				09	Peripheral Vascular Disease		
<b>2. טיפולים מיוחדים נוספים</b>				10	Cerebrovascular Disease		Neurological / Psychiatric
א	עירויים	1. זקוק לעירוי נוזלים לפחות פעם בשבוע	1	11	s/p CVA		
ב	התערבויות	2. זקוק לעירוי דם לפחות כל כמה שבעות	2	12	Hemiparesis / Hemiplegia		
ג	נרקוטיקה	1. זקוק לניקוז צפקי, פלורלי וכד' לפחות כל כמה שבועות	1	13	Dysphasia / Aphasia		
ד	אחר (לפרט)	2. זקוק להתערבויות כירורגיות חוזרות	2	14	s/p TIA		
		1. זקוק לטיפול פומי	1	15	Parkinson's Disease		
		2. זקוק לטיפול פרנטרלי	2	16	Seizure Disorder		
		1.	1	17	Dementia * * יש לצרף אישור מגריאטר או פסיכיאטר או נוירולוג		
		2.	2	18	Depression		
<b>3. תרופות</b>				19	Psychiatric illness * (other than depression) * יש לצרף אישור מפסיכיאטר		
תדירות	מינון	שם התרופה	דרך מתן	20	Diabetes Mellitus		Endocrine
				21	Hypothyroidism		
				22	Hyperthyroidism		
				23	Osteoarthritis		Musculoskel
				24	Rheumatoid Arthritis		
				25	s/p Hip Surgery		
				26	Chronic Lung Disease		Respiratory
				27	Asthma		
				28	Renal Failure (acute or chronic)		Renal
				29	Hemodialysis		
				30	Peritoneal dialysis		
				31	Describe type of tumor, spread, past and current therapy		Oncological
				32	Anemia		Other
				33	Malnutrition		
				34	Hypertension		
				35	Infectious Disease		
				36	Alcohol or drug abuse		
				37	Other (provide details)		
ג. אשפוזים וניתוחים							
יש לצרף סיכומי מחלה מאשפוזים אחרונים/אשפוזי נוכחי							
תאריך/שנה	שם בית החולים	ניתוח / סיבת אשפוז					
			1				
			2				
			3				
			4				
			5				
			6				
			7				
שם הרופא		הנסיגה והחתימה					



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 הלבשה	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 הבאים)	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 באבזורים 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 הוולט בחוקן וכדי 4. אי שליטה במתן צואה
ח משקל	1. משקל רצוי ויציב 2. עודף משקל 3. תת משקל - יציב 4. תת משקל - ברידה	2. מצב קוגניטיבי ורגשי	
4. שימוש באבזורים / 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 נגלים 4. פרוטזה	ג מצב רגשי	1. מצב הרוח תקין 2. חרד/ממוחד 3. אדיש / מסוגר בעצמו 4. עצוב / מדוכא
ג האכלה	1. זונדה 2. גסטרוסטומיה (PEG, BUTTON) 3. גניונגסטומיה (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. פרוז 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		