

עמוד 2 מתוך 3

שם החולה _____
 ת.ז. _____

16. מידע רפואי לצורך קבלת שירותי סיעוד

(ימולא על ידי הרופא המטפל).

מידע מאחות / עו"ס מרפאה: נא לצרף בדף נוסף על פי הצורך.

א.	מערכות	מתאריך	אבחנות עיקריות	קוד	הקף בעיגול
.1	Heart/ Circulation		Ischemic Heart Disease	.1	ב. טיפול רפואי נוכחי (כולל תרופתי) _____ _____ _____ ג. אשפוזים / אירועים בשישה חודשים אחרונים (פרט שני אירועים - המשמעותיים ביותר) <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש (פרוט להלן) 1. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ _____ _____ תאריך האירוע / אשפוז _____ מקום אשפוז _____ 2. תאור האירוע / הסיבה לאשפוז _____ _____ _____ תאריך האירוע / אשפוז _____ מקום אשפוז _____ מצב רפואי / תפקודי בתום האירוע / אשפוז אחרון _____ _____ _____ ד. מצב קוגניטיבי (ציין אפשרות אחת) 1. מתמצא בזמן ובמקום 2. הפרעה קלה בהתמצאות - או הפרעה חולפת 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות 4. דמנציה-עם הפרעה בדיבור ובתפקוד היומי 5. אין מידע ה. תחילת ההגבלה המשמעותית בתפקוד יום יומי <input type="checkbox"/> בשני החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> בתקופה שקדמה לחודשיים האחרונים <input type="checkbox"/> אין מידע ו. המגבלה התפקודית עשויה לחלוף תוך חודשיים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אין מידע ז. האם הזקן סובל ממחלה מדבקת פעילה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ _____ _____ שם הרופא _____ המרפאה / בית חולים _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____
			S/P Myocardial Infarction	.2	
			S/P CABG	.3	
			S/P PTCA	.4	
			Cardiac Arrhythmia	.5	
			Atrial Fibrillation	.6	
			Pacemaker	.7	
			Congestive Heart Failure	.8	
			Peripheral Vascular Disease	.9	
		.2	Neurological/ Psychiatric		
	S/P CVA			.11	
	Hemiparesis / Hemiplegia			.12	
	Dysphasia / Aphasia			.13	
	S/P TIA			.14	
	Parkinson's Disease			.15	
	Seizure Disorder			.16	
	Dementia			.17	
	Depression			.18	
	Psychiatric illness			.19	
.3	Endocrine		Diabetes Mellitus	.20	
			Hypothyroidism	.21	
.4	Musculoskel		Hyperthyroidism	.22	
			Osteoarthritis	.23	
			Rheumatoid arthritis	.24	
			S/p Hip Surgery	.25	
			Chronic Lung Disease	.26	
.5	Respiratory		Asthma	.27	
			Renal Failure (acute or chronic)	.28	
.6	Renal		Hemodialysis	.29	
			Peritoneal dialysis	.30	
.7	Oncological		Provide details	.31	
.8	Other		Anemia	.32	
			Malnutrition	.33	
			Hypertension	.34	
			Infectious Disease	.35	
			Other (provide details)	.36	

שם הרופא _____ המרפאה / בית חולים _____ טלפון _____

תאריך _____ חתימה וחותמת _____



מס' זהות											
סוג											

**הערכת תפקוד בפעולות היום יום
על ידי רופא מומחה בגריאטריה
למי שמלאו לו 90 שנה ויותר**

שם הנבדק _____ ת.ז. _____ שנת לידה _____

(לרופא – נא סמן X בכל סעיף בשורה העליונה, במקום המתאים על פני הרצף, על הציון לבטא צורך בעזרה בדרך כלל הן מסיבות של מגבלה מוטורית והן מסיבות של מגבלה מנטלית)

1. ניידות – יש להתייחס לתנועה בתוך הבית בלבד

7	6	5	4	3	2	1
מרותק לכסא/למיטה, תלוי לחלוטין באדם אחר.	נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו, אך זקוק לעזרת אדם אחר, או זקוק להכוונה בשל חוסר תובנה או עיוורון, או עצמאי בשימוש בכסא גלגלים כולל מעברים.			עצמאי בניידות בעזרת מכשיר או בלעדיו, ללא מאמץ או במאמץ קל		

2. נפילות

7	6	5	4	3	2	1
נופל בתדירות גבוהה לפחות אחת לשבוע ואינו קם לבדו	נופל בתדירות נמוכה כפעם בחודש במוצע בשלושת החודשים האחרונים ואינו קם לבדו, או נפל פעמיים בחודש האחרון ואינו קם לבדו.			אינו נופל, או נופל לעיתים רחוקות, או נופל וקם ללא עזרה		

3. הלבשה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה בהלבשת מכנס/חולצה פרוטזה, הכוונה צמודה בשל חוסר תובנה.	זקוק לסיוע או דרבון קל בהלבשה (לכפתר, לגרוב גרביים, לבחור בגד, אביזר אורטופדי).			מתלבש ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.		

4. רחצה

7	6	5	4	3	2	1
זקוק לעזרה מלאה כולל רחצת פנים, או מסרב בשל חוסר תובנה	עצמאי ברחצת פנים אך זקוק לעזרה פעילה או הכוונה צמודה ברחצת פלג גוף עליון/תחתון.		זקוק לסיוע / דרבון קל ברחצה (כניסה למתקן הרחצה, נוכחות, חפיפת ראש, רחצת כפות רגלים).		מתרחץ ללא עזרה, ללא מאמץ או במאמץ קל.	

5. אכילה ושתייה

7	6	5	4	3	2	1
תלוי לחלוטין בכל פעולות האכילה כולל שתייה.	זקוק לעזרה בהאכלה (או שתייה), או מסרב בשל חוסר תובנה.		זקוק לסיוע בנטילת תרופות, עיוורון מוחלט, אינו מחמם או מגיש לעצמו מנת מזון.		אוכל ושותה ללא עזרה כולל חימום והגשת מנת מזון, ללא מאמץ או במאמץ קל.	

6. הפרשות

7	6	5	4	3	2	1
ואינו שולט בשני הסוגרים ותלוי לחלוטין בכל הפעולות (ניידות, הלבשה וטיפול בהגיינה אישית).	משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשלושת הפעולות.		משתמש בשירותים/ אביזרים אך זקוק לעזרה בשתיים מהפעולות.		זקוק לסיוע קל (ריקון בקבוק, החתלה או ליווי בלילה).	

7. השגחה

7	6	5	4	3	2	1
מסכן את עצמו או את סביבתו ולא ניתן לתכנן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים.	זקוק להשגחה בביצוע רב פעולות היום יום וניתן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים.			אינו מסכן את עצמו או את סביבתו		

שם המוסד הרפואי _____ שם הרופא _____ חתימה וחותמת _____ תאריך _____