




המוסד לביטוח לאומי
מינהל גמלאות

חוזר מס': כללי 12/2014 סיעוד 1431	ז' אב, תשע"ד 3 אוגוסט, 2014
נושא: טופס הערכת תלות שם החוזר: <u>טופס הערכת תלות (בל 2610 מהדורת 7/2014)</u>	
מטרת החוזר הסבר בדבר השינויים שבוצעו בטופס הערכת התלות.	
פתח דבר	
גלריית רכיבים	
	

<p>פתח דבר</p> <p>בעקבות המלצות "ועדת בן יהודה" גובש טופס הערכת התלות חדש שעבר שינוי מבני ושינוי מהותי בניקוד בסעיפים:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ניידות תנועה ונפילות▪ אכילה- עיזור בודד▪ הפרשות▪ השגחה <p>הטופס נוח יותר לכתיבה, לקריאה ועיון, הותאם להדפסה ובמטרה להתאימו לטופס האינטראקטיבי העתידי.</p> <p>הפוליסות לתובע עודכנו בהתאם.</p> <p>בתוקף: מ- 5.8.2014</p> <p>חזרה</p>
<p>נספחים</p> <p>1. נספח 1 – טופס הערכת תלות בל/2610 – 7.2014</p>

מתן ניקוד מלא בכל אחד מהתחומים הללו בלא צורך לצבור נקודות מתחומים אחרים.

- ❑ **בסעיף ניידות** - נבדק שנמצא תלוי לחלוטין בכל פעולות היומיום בשל קשיי ניידות חמורים, יזכה ב-7 נקודות, ללא סימון מסקנות בכל הנוגע ליתר פעולות היומיום.
- ❑ **עיוורון** – עיוור יקבל 0.5 נק' באכילה.
החלטה מי הוא נבדק עיוור תעשה אך ורק על סמך תעודת עיוור או מסמך מרופא עיניים המעיד על הגדרת עיוורון, עיוור בודד, יקבל עבור סעיף בודד ניקוד משלים ל – 2.5, באופן אוטומטי על ידי המחשב (זכאות מינימאלית מובטחת לו), אלא אם צבר לפחות 2 נקודות ב-ADL, אז ימשיך לקבל 0.5 נקודה לבודד.
- ❑ **בסעיף הפרשות** - נבדק שנמצא תלוי לחלוטין בסיוע בטיפול בהפרשות יזכה ב- 7 נקודות.
תיאור ביצוע פעולות היום יום יבוא לידי ביטוי בסעיף הפרשות, סימון מסקנות יתר פעולות ה-ADL ירשם בטבלת עזר וישמשו כבסיס להחלטה זו ולא יוסיפו ניקוד.
- ❑ **בסעיף השגחה** - נבדק הזקוק להשגחה מתמדת יזכה ב-9 נקודות, ללא סימון מסקנות בכל הנוגע ליתר פעולות היומיום.
נוספה טבלת עזר, לכל פרמטר בשאלות ההתמצאות, ההתנהגות והמצב הרפואי ניתן ערך מספרי.
מי שיצבור 4 עד 8 נקודות, יוגדר כזקוק להשגחה חלקית.
מי שיצבור 9 נקודות ומעלה, יוגדר כזקוק להשגחה מתמדת.
תיאור ביצוע פעולות היום יום, מי שזקוק לנוכחות ועזרה פעילה בעת נטילת תרופות, ו/או מי שמסרב לבצע פעולות יום יום וזקוק לדרבון מתמשך והנחיה צמודה – הניקוד והתיאור יבואו לידי ביטוי בסעיף השגחה, טבלה 15 ג.

נוהל מחשוב – הערכת תלות חדשה על פי ועדת בן יהודה.

על פי החלטת ועדת בן יהודה, נקבעה שיטת ניקוד שונה להערכת התלות.
להלן השינויים במערכת הממוכנת, להזנת הערכה חדשה:

סעיף נידות והפרשות

- (1) כאשר יוקלד קוד 17 נידות, יקבל הזקן על פי ההערכה החדשה 7 נקודות.
אין צורך בהזנת יתר הקודים, מלבד השגחה.
 - (2) כאשר יוקלד קוד 66 הפרשות, יקבל הזקן על פי ההערכה החדשה 7 נקודות.
אין צורך בהזנת יתר הקודים, מלבד השגחה.
- ❖ למקרים אלו, במידה ויוזנו קודים נוספים, המערכת תדרוס את הקודים שהוזנו על ידי הפקיד ותשתול אוטומטית קוד 99. קוד חדש זה יוצג עבור כל אותם קודים שלא אמורים להיות מוזנים.
 - ❖ למקרים אלו, במידה והזקן יוגדר כבודד – יתווספו לזקן 2 נקודות ורמת זכאותו תעלה ל – 168%.

ניקוד סעיף השגחה

השגחה חלקית

במידה והוזנה השגחה חלקית = 4 נקודות (קודים 74, 73) – ניקוד ההשגחה לא יתווסף לניקוד הא.ד.ל, אך יוצג ע"ג המסך.
הזכאות תקבע על פי הניקוד הגבוה מביניהם.

השגחה מלאה

זקן שיקבל ניקוד השגחה מלאה = 9 נקודות (קודים 72, 75) – אין צורך בהזנת יתר הקודים. הניקוד יקבע על פי ניקוד ההשגחה.

- ❖ במידה ויוזנו קודים נוספים, המערכת תדרוס את הקודים שהוזנו ותשתול אוטומטית קוד 99.
- ❖ סעיף בודד יוזן כרגיל וניקוד הבודד יתווסף לניקוד שהוזן.

עיוורון

- ❖ במקרה בו יוזן ניקוד א.ד.ל ובתוכו קוד 53 בסעיף "אכילה" + "כ" בסעיף בודד + קוד "כ" בסעיף עיוורון – יקבל הזקן עבור סעיף **בודד ניקוד משלים ל – 2.5 נקודות המזכות בזכאות בסיעוד.**

אם יגיע ניקוד ה – א.ד.ל ל – 2 נקודות + 0.5 בודד (המזכים בזכאות בסיעוד) והזכאי עיוור – **ניקוד הבודד המיוחד לעיוור לא יינתן אלא יישאר 0.5 נקודות.** זאת מאחר ומטרת ניקוד זה היא להבטיח זכאות בסיעוד בשיעור של 91%.

- ❖ הכלל הקיים היום על פיו לזקן מגיל 85 הזכאי לעד 4 נק' א.ד.ל, תתווסף 1 נק' עבור עיוורון ובודד – **מבוטל!**

- ❖ אין שינוי בכללים הנהוגים לגבי ניקוד סעיף "בודד". (שאינו עיוור).

הזנת הערכת תלות במערכת

טבלת קודי התלות השתנתה מתאריך **5.8.2014**. הערכות תלות שבוצעו עד לתאריך זה יוזנו על פי טבלת הקודים שהייתה קיימת והערכות התלות שבוצעו החל מתאריך זה יוזנו על פי טבלת הקודים החדשה. כאמור טבלאות הניקוד יוצגו להזנה על פי **תאריך ביצוע התלות**.

כדי שהמחשב יאפשר הזנה על פי ניקוד מותאם בהתאם למועד, ישתנה סדר ההזנה במערכת:

- ❖ לא תתאפשר הזנת ניקוד התלות טרם הזנת תאריך ביצוע התלות במסך "הזמנת הערכת תלות". בסיום הזנת הנתונים בשורת הזמנת מעריך, יוכל פקיד התביעות להזין את תוצאות מבחן התלות.
- ❖ לא יתאפשר שינוי תאריך ביצוע תלות לאחר הזנה/אישור מבחן תלות (יש לאפס המבחן לצורך כך).

הצגת ניקוד התלות

בכל מקרה יוצג במסך התלות **רק** הניקוד הסופי של הא.ד.ל (גם אם יוזנו שאר הסעיפים), מלבד נושא השגחה חלקית שימשיך להיות מוזן ומוצג כפי שקיים היום. (פירוט בכל הסעיפים)

קוד חדש 99 – "לא נבדק, קיבל מקסימום בתחום". קוד שהמחשב יציג עבור כל אותם קודים שלא אמורים להיות מוזנים. (לדוגמה כאשר מוזן קוד 17, או בסעיף נפילות שכבר אינו רלוונטי, אך מוצג בשל שמירת היסטוריה).

ניקוד תלות לרשות ההגירה

ישתנה בהתאם לניקוד הערכת התלות החדשה.

ניקוד על פי רופא מומחה בגריאטריה - ישאר כפי שקיים היום.

לאחר הדרכת הרופאים יותאם הניקוד שהעניקו לזקן, לניקוד על פי הערכת התלות החדשה.

בשלב שני יבנה מסך נילווה חובה להערכת התלות

במסך זה יסומן על פי קוד נבחר מידע נילווה אודות הסעיפים הבאים:

- ❖ נפילות
- ❖ עיוורון
- ❖ הפרשות
- ❖ יוזם הגשת התביעה
- ❖ הערת המעריך בנוגע להערכה גריאטרית

חזרה

עם סיום בניית המסך הנלווה תבוא הודעה נפרדת.

הוראות לביצוע

- החל מ- 5.8.14 על המעריכים למלא רק את הטופס במהדורה 7.2014, אותו יעבירו במערכת B2B אל היועץ בסניף.
- הטופס המעודכן קיים במאגר טפסים וישמש כטיוטה למעריכים, ניתן להזמין ממנהל הלוגיסטיקה בסניף.

חזרה



ארנה זמיר
מנהלת אגף סיעוד

רשימת תפוצה

נמענים לביצוע: פקידי תביעות סיעוד

העתק לידיעה: גב' אילנה שרייבמן – המשנה למנכ"ל וראש מינהל הגמלאות, המוסד לביטוח לאומי

מנהלי סניפים

מנהלי תחום גמלאות

מנהלי סניפי משנה

פקידי תביעות סיעוד

מרכזי דלפק קדמי

מנהלי מרכז מידע טלפוני

גב' רבקה רוזנברג-בושם – מנהלת תחום סיעוד

נספח 1



המוסד לביטוח לאומי

מנהל הגמלאות
ביטוח סיעוד

הערכת תלות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים
0 8	0 8

1. פרטי התובע והנוכחים בביקור

שם הנבדק	מספר זהות	שם התעודה	תאריך לידה
שם המעריך	תאריך	החל משעה	עד שעה
הערכה בוצעה ב: <input type="checkbox"/> בית הנבדק <input type="checkbox"/> מוסד או דיור מוגן, רשום את שם המוסד: _____			
ציין פרטי הנוכחים בראיון מלבד הנבדק (שם משפחה ופרטי, יחס קרבה): _____			
שפת הנבדק	האם המעריך דובר את שפת הנבדק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, שם המתרגם: _____		
	קרבה		

2. הרכב משק הבית

הנבדק גר לבדו? כן לא, ציין מספר האנשים הגרים בבית פרט לנבדק (כולל מטפל 24 שעות): _____

שם משפחה ופרטי	שנת לידה	יחס קרבה *	עיסוק (לומד, עובד, אחר)	מצב בריאותי (ציין אם סובל מבעיות מיוחדות)	סיעוד/שר"מ/אחר	גמלת	רק למקבל גמלה ת.ז.-

*אם נמסר בן זוג, חבר לחיים, ידיד- נא לשאול ולסמן: האם מנהלים משק בית משותף כבני זוג: כן לא

3. אשפוזים ב-6 חודשים אחרונים

מועד אשפוז	מספר ימי אשפוז	שם בית החולים	סיבת האשפוז	מקור המידע

4. מסמכים שהוצגו למעריך כולל מידע שהוגש לביטוח הלאומי בתביעה

תאריך המסמך	שם החתום על המסמך	תפקיד	שם המוסד / המסגרת המקצועית	נושא המסמך	המסמך מצורף להערכה זו	
					כן	לא
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. רשימת טיפולים מיוחדים (אינהלציות, זריקות, בד' דם, חמצן, c-pap, טיפול במכונים ועוד):

הטיפול, מינון, דרך מתן ותדירות	מי נותן אותו והיכן	תאריך הטיפול האחרון	תאריך סיום משוער
המידע נמסר ע"י: <input type="checkbox"/> הנבדק <input type="checkbox"/> אחר: פרט מי מסר _____, מה מסר והסבר מדוע _____			
הערות: _____			

6. תרופות - רשימת תרופות בשימוש

המידע נמסר ע"י: הנבדק אחר: פרט מי מסר _____, מה מסר והסבר מדוע _____

עצמאי (כולל תזכורת ו/או מסדרן תרופות)

זקוק לעזרה פעילה של אדם אחר בזמן נטילת התרופות. פרט במי נעזר, במה נעזר ומדוע? _____

הערות: _____

7. גורמים מקצועיים המטפלים בנבדק (מוסדות בקהילה לרבות מסגרת רפואית לטיפול יום, רופאים מקצועיים ואחרים)

הגורם המטפל	שם המטפל	תפקיד/מקצוע	טלפון	כתובת גורם מטפל	תאריך ביקור אחרון
רופא משפחה					
רופא מקצועי					
אחר					

המידע נמסר ע"י: הנבדק אחר: פרט מי מסר _____, מה מסר והסבר מדוע _____

הערות: _____

8. תיאור סביבת מגורי הנבדק

א. קומה: _____ מעלית יש אין, תיאור הגישה לבית/דירה: _____

ב. המעברים תואמים את נייודות הנבדק, כן לא, תאר (התייחס גם למפלסים/מעלון/מדרגות בתוך הבית): _____

ג. דירה נקייה, מרווחת ומאווררת כן לא, תאר: _____

ד. תיאור חדרי הרחצה והשירותים של הנבדק

אמבטיה כן לא מקלחת כן לא כסא/מושב כן לא מאחזים במקלחת כן לא

שירותים כן לא מאחזים בשירותים כן לא

ה. מרחק שולחן האוכל הקרוב ביותר למתקן החימום (הערכה במטרים) _____

ו. פרט אביזרי עזר: מצעים נקיים כן לא, פרט: _____

שעונית כן לא. מוצרי ספיגה לא כן, פרט _____

אביזרים נוספים: מקל מקל 3-4 רגלים הליכון כסא גלגלים סיר בקבוק לשתן בלון חמצן מחולל חמצן אינהלטור לחצן מצוקה גלוקומטר אחר _____

הערות: _____

9. עזרה ללא תשלום- בני משפחה ואחרים העוזרים ומסייעים לנבדק

מקום מגורים	טלפון	תדירות העזרה ובאיזה חלק ביממה	סוג העזרה		יחס קרבה	שם המטפל
			IADL	ADL או השגחה		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

הערות: _____

10. עזרה בתשלום

ממומן על ידי	שעות ביום (מ עד)	מס' ימים בשבוע	ארגון נותן השירות (מטפלת, מרכז יום, פרטי)	סוג העזרה		
				IADL	ADL או השגחה	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

פרט שביעות רצון הנבדק/המשפחה מהטיפול הקיים ואיזו עזרה הנבדק רוצה לקבל _____

הערות _____

11. התרשמות מהנבדק ומגבולותיו

א. מי פתח לך את הדלת והיכן היה הנבדק בבואך: _____

ב. תיאור הנבדק, סימנים חיצוניים בולטים וניקיונו האישי ובגדיו: _____

ג. תיאור הפעולות הגופניות (תקינות ושאינן תקינות), כאשר קיימת מגבלה ציין את הסיבה והביטוי:

קימה, ניידות יציבה: _____	תנועת עדינות, אחיזה ותפיסה: _____
סיבה למגבלה: _____	סיבה למגבלה: _____
כיפופים: _____	תנועת גפיים תחתונות: _____
סיבה למגבלה: _____	סיבה למגבלה: _____
תנועת גפיים עליונות: _____	חיוניות, הבנה, מצב רוח ואופן דיבור, (התייחס רק כאשר קיימת מגבלה): _____
סיבה למגבלה: _____	סיבה למגבלה: _____

הערות: _____

12. תלונות ומגבלות הנבדק - פרט הסיבות ואופן השפעתן כפי שנמסרו על ידי הנבדק והנוכחים:

13. סדר היממה של הנבדק -

14. פעולות היום יום .

הנחיות: א. תיאור הסצ'ני הנ"ידות מתבקש תמיד.
 ב. תיאור יתר הפעולות, מתבקש רק כאשר קיימת מציבה ו/או כאשר התרחשות אינה תואמת לדיווח.
סמן סיבת התיאור:
 1- קיימת מציבה.
 2- התרחשותי אינה תואמת את דיווח הנבדק.
 ג. ניקוד סצ'ני ה-ADL מתבקש תמיד למצט:
 1) לנבדק שנמצא תלוי לחלוטין בכל פעולות היום יום הקשורות לנ"ידות - 7 נק' (אין לתאר ואין לנקד ביתר סצ'ני ה-ADL).
 2) לנבדק שנמצא תלוי לחלוטין בפעולות היום יום הקשורות בהפרשות - 7 נק' (פרט לתיאור הנ"ידות, אין לתאר ואין לנקד ביתר סצ'ני ה-ADL).
 פנוט' סצ'ני צמח מתבקש ביסוס המסקנה על ידי תיאור התפקוד ומילוי הניקוד בטבלת הפעולות הקשורות לטיפול בהפרשות.
 3) לנבדק הזקוק להענה מתמדת - 9 נק' (פרט לתיאור הנ"ידות, אין לתאר ואין לנקד ביתר סצ'ני ה-ADL).

רשום כפי שדווח ע"י הנבדק ו/או הנוכחים, פרט בכל סעיף את תדירות הפעולה מה עושה בעצמו, אם נעזר פרט במי ובמה.
סמן מי מסר את המידע:
 הנבדק
 אחר _____, הסבר מדוע: _____

מסקנה וניקוד	תאור	סעיף
<p>מסקנה</p> <p>0 _____ <input type="checkbox"/> עצמאי (12)</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> זקוק לסייע מועט (13)</p> <p>1 _____ <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה (14)</p> <p>1.5 _____ <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה רבה (15)</p> <p>2 _____ <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה רבה מאוד (16)</p> <p>7 _____ <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין (17)</p>	<p>האם נופל בתוך ביתו ואינו קם לבדו ?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, סמן אחת מהאפשרויות:</p> <p><input type="checkbox"/> נופל לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> נופל לעיתים קרובות</p> <p>המסקנה על פי <input type="checkbox"/> התרשמותך <input type="checkbox"/> מסמכים</p>	<p>א. אופן קימה וניידות ביום ובלילה .</p> <p>ב. אם דווח על נפילות. פרט:</p>
<p>מסקנה</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>0 _____ <input type="checkbox"/> עצמאי (31)</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> זקוק לסייע מועט (32)</p> <p>1 _____ <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה רבה (33)</p>		<p>ג. הלבשת/הפשטת בגדים, כולל החלפה לבגדי שינה</p>

פעולות היום היום - המשך		סדר היממה של הנבדק - המשך																									
<p>מסקנה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>0 _____ <input type="checkbox"/> (41) עצמאי</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> (42) זקוק לסיוע מועט</p> <p>1 _____ <input type="checkbox"/> (43) זקוק לעזרה</p> <p>1.5 _____ <input type="checkbox"/> (44) זקוק לעזרה רבה</p>	רחצה	<p>ד. רחצה כללית, כולל רחצת ידיים, גילוח _____</p>																									
<p>מסקנה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>0 _____ <input type="checkbox"/> (51) עצמאי</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> (52) זקוק לסיוע מועט</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> (53) עיוורון מוחלט (*)</p> <p>(54) 1 _____ <input type="checkbox"/> (54) זקוק לעזרה</p> <p>1.5 _____ <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה רבה</p> <p>(*) המידע על העיוורון מבוסס על: <input type="checkbox"/> תעודת עיוור <input type="checkbox"/> מסמך מרופא עיניים</p>		אכילה	<p>ה. אכילה ושתייה כולל חימום והגשה, מספר הארוחות ביום _____</p>																								
<p>מסקנה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>0 _____ <input type="checkbox"/> (61) עצמאי</p> <p>0.5 _____ <input type="checkbox"/> (62) זקוק לסיוע מועט</p> <p>1 _____ <input type="checkbox"/> (63) זקוק לעזרה</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> (64) זקוק לסיוע בלילה ועזרה</p> <p>1.5 _____ <input type="checkbox"/> ביום</p> <p>2 _____ <input type="checkbox"/> (65) זקוק לעזרה רבה</p> <p>7 _____ <input type="checkbox"/> (66) תלוי לחלוטין</p>			הפרשות	<p>ו. שימוש בשירותים וטיפול בהפרשות (התייחס ל: שליטה על סוגרים, ניידות, הלבשה והיגיינה אישית, שימוש באביזרי עזר) _____</p>																							
<p>טבלה תפקודית</p> <p>יש למלא רק למי שתלוי לחלוטין בטיפול בהפרשות (7 נקודות)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ניקוד בתפקודים (הניקוד אינו מצטבר אלא מבסס את מידת התלות)</th> <th>0</th> <th>0.5</th> <th>1</th> <th>1.5</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>תלות בניידות</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>תלות בהלבשה</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>תלות ברחצה</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				ניקוד בתפקודים (הניקוד אינו מצטבר אלא מבסס את מידת התלות)	0	0.5	1	1.5	2	תלות בניידות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תלות בהלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תלות ברחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ניקוד בתפקודים (הניקוד אינו מצטבר אלא מבסס את מידת התלות)	0	0.5		1	1.5	2																					
תלות בניידות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
תלות בהלבשה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
תלות ברחצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>ז. האם ישנם סידורי לינה מיוחדים בבית הנבדק <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט והסבר מדוע: _____</p>																											
<p>ח. אם הנבדק יוצא מחוץ לבית, פרט לאיזו מטרה וכיצד _____</p>																											
<p>ט. כיצד מתפקד בימים/שעות שאין עזרה (בתשלום ולא בתשלום) _____</p>																											
<p>י. מה עושה הנבדק במשך היממה _____</p>																											
<p>הערות _____</p>																											

15. הצורך בהשגחה בתוך הבית

א. בחר אחת מהאפשרויות:

- קיימת עדות (במסמכים או להתרשמותך) לירידה קוגניטיבית, מחלת נפש/ דיכאון קשה, –
 התייחס לכל תתי הסעיפים בהשגחה.
 קיימת עדות (במסמכים או להתרשמותך) למצב רפואי קשה מסכן חיים, ואין עדות לירידה קוגניטיבית, עבור לסעיף ד'
 ואילך.
 אין עדות לירידה קוגניטיבית, מחלת נפש/דיכאון קשה או מצב רפואי מסכן חיים – עבור למסקנה והקפד על פירוט הנימוקים.

ב. נתונים רפואיים:

1. האם המידע/האבחון ניתן ע"י רופא מומחה בפסיכיאטריה, נוירולוגיה, גריאטריה או רופא משפחה? כן לא, פרט _____

2. הנבדק סובל מ:

מחלת נפש, דיכאון קשה, משנת: _____ דמנציה משנת _____ דרגת החומרה _____, אחר: _____

3. קיים מבחן קוגניטיבי? לא כן, פרט שם המבחן _____, תאריך _____, ציון _____

4. האם הנבדק מקבל טיפול תרופתי לדמנציה, דיכאון, או מחלת נפש? לא כן (ראה סעיף 6 תרופות)

5. הערות: _____

מסקנות - תובנה והתמצאות של הנבדק				התחום הנבדק	ג. <u>תובנה, התמצאות, התייחס בקצרה ל:</u> התנהגות הנבדק, התמצאות בזמן, במקום, באנשים, בסיטואציה, האם מבין את הנאמר, עונה ופועל בהתאם למציאות וכיצד מנהל את ענייניו.
ניקוד	לא 2	חלקי 1	כן 0		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התמצאות בזמן: גיל, יודע מה החלק ביממה כעת, יודע מה העונה	<u>לדברי הנוכחים</u> , ציון מי מסר המידע _____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התמצאות במקום: יודע היכן נמצא כעת, מתמצא בחדרי הבית, מוצא פריטים	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התמצאות באנשים מסביבתו המידית: מזהה את ילדיו, בן/בת זוג, מזהה את מי שגר עמו.	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התמצאות בסיטואציה: מכיר את סדר יומו ופעל בהתאם, יודע כיצד לפעול במצבי דחק, נמנע מסכנה.	<u>התרשמות המעריך</u> _____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יזום ומבצע פעולות ADL, ונוטל תרופותיו בעצמו. (ללא הנחיה צמודה ודרבון קל או מתמשך)	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מבין את הנאמר, עונה ופועל בהתאם למציאות, מבין את מצבו, מבין את ההוראות ומבצע בהתאם	
<u>0</u>				סה"כ	

ד. תיאור התנהגות הנבדק - כאשר קיימת ירידה קוגניטיבית או מחלת נפש, או קיים מצב רפואי מסכן חיים :
 ברר עם הנוכחים מה קורה בד"כ, התייחס למצבים כגון: חרדה מלווה באי שקט בשעות מסוימות ביממה, אי שקט פסיכו-מוטורי, התנהגות לא נורמטיבית, תוקפנות פיזית וכל התנהגות אחרת המסכנת את הנבדק ו/או את סביבתו.
פרט ותאר: האירועים החריגים (התנהגויות/המצבים שדווחו), ציין מי מסר את המידע, מתי אירעו, האם ננקטו אמצעים לצורך השגחה, אם כן, פרט מה הם, מי משגיח ובאילו שעות .

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

מסקנה בהשגחה

- 71) אינו מסכן את עצמו או את אחרים כאשר נשאר לבדו _____ 0
- 73) זקוק להשגחה (נוכחות) **חלקית** של אדם אחר, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים _____ 4
- 74) זקוק להשגחה (נוכחות) **חלקית** של אדם אחר, בשל מחלה בעלת אופי התקדמות קשה וסוער _____ 4
- 72) זקוק להשגחה (נוכחות) **מתמדת** של אדם אחר, מסכן את עצמו ו/או אחרים כאשר נשאר לבדו _____ 9
- 75) זקוק להשגחה (נוכחות) **מתמדת** של אדם אחר, מסוכן להשאירו לבדו בשל מצב הרפואי קשה _____ 9

נמק את החלטתך בנושא ההשגחה _____

מסקנתך סותרת את ההמלצה שבמידע הרפואי? לא כן, הסבר מדוע: _____

16. הלימה

א. האם יש הלימה בין מידע מהמסמכים לבין מסקנתך? כן לא, פרט ונמק _____

ב. סמן סוג התביעה והתייחס לשאלת הפער בין הערכות:

ראשונה (לא נבדק בעבר)

חדשה (נבדק בעבר) בקשת החמרה : **האם קיים פער בין הערכה זו לקודמת?** לא כן, הסבר מדוע יש פער _____

ביוזמת המוסד : **האם קיים פער בין הערכה זו לקודמת?** לא, הסבר מדוע אין פער כן, הסבר מדוע יש פער _____

17. הערות המעריך (כתוב כל מידע חשוב, שלא בא לביטוי בסעיפים אחרים בדו"ח)

א. הערה כללית: _____

ב. מי יזם או הציע לזקן להגיש תביעה זו? (אין לשאול שאלה זו אם הבדיקה ביוזמת המוסד)

הזקן בן משפחה חברת סיעוד, פרט שם _____ עו"ס רופא אחות אחר _____ג. האם הוקרא "דף הסבר לתהליך הערכה" בתחילת הביקור? כן לא, פרט מדוע: _____ד. האם הושאר דף מידע לנבדק? כן לא, פרט מדוע: _____ה. האם היה צורך בהדרכת הנבדק ו/או בני משפחה? לא כן, פרט: _____ו. האם לדעתך הערכה גריאטרית כוללת עשויה להועיל לזקן? לא כןז. האם היה שיתוף פעולה של הנבדק ו/או בני משפחה? כן לא, פרט: _____**18. סיכום הביקור**האם הצגת בפני הנבדק והנוכחים מידע שנאסף במהלך הביקור ומהמסמכים? כן לא, פרט הסיבות: _____תגובת הנבדק והנוכחים: הסכמה אי הסכמה, פרט את ההשגות: _____**19. מגבלה בעלת אופי זמני/קבוע**המגבלה שגרמה לירידה הנוכחית בתפקוד היא בעלת אופי זמני, צפוי שיפור בעוד _____ חודשים המגבלה בתפקוד היא בעלת אופי קבוע.

נמק את המלצתך: _____

מקצוע המעריך: אח/ות מרפא/ה בעיסוק פיזיותרפיסט/ית

תאריך קוד מעריך שם המעריך חתימת המעריך

אישור יועץ: קוד שם חתימת _____ תאריך _____

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

1. מילאתי טופס זה על סמך בדיקתי, שבוצעה ב:

 בית התובע מרפאה, פרטי המוסד הרפואי ציבורי _____

2. בחר באחת מהאפשרויות

 מילאתי טופס זה ע"ס בדיקתי והערכה גריאטרית שערכתי בתאריך _____ מילאתי טופס זה לפי בדיקתי בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית שערך דר' _____

בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).

שם הרופא _____ חותמת המוסד הרפואי ציבורי/מרפאה _____

חתימה * _____ חותמת

לתשומת לב הרופא המומחה בגריאטריה, מסמך זה אינו מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל ביועץ רפואי, לרבות בעיות הדורשות טיפול. רצוי להעביר עותק לרופא המטפל לשמירת רצף טיפולי.

אישור פקיד תביעות אני מקבל את ממצאי ההערכה ומבסס עליה את החלטתי

שם פקיד התביעות _____ חתימה _____