



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

שם האב	גיל	שם האם	גיל	מספר	רחוב
מקצוע	מקצוע	מקצוע	מקצוע	טלפון	מיקוד
ישוב		ישוב		ישוב	

מין	שנת לידה	זכאות לסיוע משרד השיכון	הוגשה בקשה למשרד השיכון
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שנת עליה	כן / לא	כן / לא
ארץ לידה	סיבה להעדר אישור זכאות		

<b>מגורים נוכחיים</b> 1 עצמאי / לבד 2 עם משפחה 3 עם בן/בת זוג 4 דיור לוויין 5 דיור מוגן רגיל 6 ד. מוגן מתוגבר 7 הוסטל רגיל 8 הוסטל מתוגבר 9 הוסטל לצעירים 10 הוסטל כוללני 11 אשפוז 12 חסר דיור	<b>מצב משפחתי</b> 10 רווק 20 נשוי 21 נשוי/נפרד 30 גרוש 40 אלמן 99 לא ידוע	<b>ילדים</b> מתחת לגיל 18 מעל גיל 18 סה"כ	<b>השכלה (סמן את כל האפשרויות)</b> 1 יסודית 2 תיכונית 3 על תיכונית (לא אקדמאית) 4 אקדמאית 5 קורס מקצועי 6 ישיבה 7 חסר השכלה סה"כ שנות לימוד	<b>שירות צבאי</b> 1 מלא - מתאריך 2 חלקי 3 מסי חודשים מילואים כיום? כן / לא 4 לא רלוונטי
--	---	--	--	---

<b>אפטרופוס</b> 1 אין 2 קטיין 3 לגופו 4 לרכושו 5 לגופו ורכושו 6 בתהליך מינוי	<b>מקבל הקצבה / אפטרופוס</b> שם כתובת טלפון סוג קירבה	<b>הכנסות הפונה</b> סה"כ הכנסת הפונה לחודש (נטו) מקורות פרנסה אחרים נכסים בבעלות הפונה קצבת שר"מ %	<b>הופנה למחלקת שיקום בבטי"ל</b> כן / לא תאריך הפניה פנה לקבלת שר"מ? כן / לא תאריך הפניה	<b>ביטוח לאומי</b> תאריך קביעת נכות / / % נכות לפי סעיף 33 % נכות לפי סעיף 34 סה"כ % נכות נפשית
--	---	--	---	---

<b>חברות בקופ"ח</b> 1 כללית 2 לאומית 3 מכבי 4 מאוחדת 5 שילוח 6 צה"ל 7 אחר 8 אין ביטוח 9 לא ידוע	<b>בזמן הפניה לוועדת שיקום מחוזית הפונה: (סמן בעיגול)</b> מאושפז בקהילה (כולל אשפוז יום) שם וסוג היחידה המפנה סמל היחידה המפנה	<b>שם ממלא הטופס</b> <b>מקום עבודה</b> <b>מספר טלפון</b> <b>מס' פקס</b> <b>תפקיד</b> <b>תאריך מילוי הטופס</b>
--	--	--



# פניה לועדת שיקום אזורית

## דו"ח רפואי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								

למילוי ע"י הפסיכיאטר המטפל. יש לצרף גם סיכום מחלה.

1. תולדות המחלה

---

---

---

---

---

---

---

---

--	--	--	--	--	--	--	--

2. אבחנה ( במלים לטיניות ומסי לפי ICD - 10 )

---

3. אשפוזים : ( אשפוז מלא )

❖ סה"כ מספר אשפוזים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז ראשון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ תאריך אשפוז אחרון \_\_\_\_\_ משך האשפוז \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_

❖ אורך האשפוז הנוכחי במידה והפונה מאושפז בזמן הפניה \_\_\_\_\_

- |  |        |
|--|--------|
| א4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בצו אשפוז ?    | כן/ לא |
| ב4. האם המטופל היה מאושפז באשפוז הנוכחי בהוראת אשפוז ? | כן/ לא |
| ג4. האם המטופל היה מאושפז בעבר בצו אשפוז ?             | כן/ לא |
| ד4. האם המטופל היה מאושפז בעבר בהוראת אשפוז ?          | כן/ לא |
| ה4. האם המטופל שהה במחלקה סגורה בשנתיים האחרונות ?     | כן/ לא |

אם התשובה חיובית באחת או יותר מהאפשרויות, יש לפרט סיבות האשפוז הכפוי, מספר האשפוזים הכפויים, ומשך זמן האשפוזים הכפויים.

---

---

---

---

5. שם המסגרת הנוכחית לטיפול ולמעקב תרופתי

---

6. א. הרכב התרופות הפסיכיאטריות שהפונה מקבל, נכון לתאריך כתיבת דו"ח זה.

---

---

---

---



ב. האם ידוע לך על בעיות מיוחדות בקשר לטיפול תרופתי, תופעות לוואי, רגישות בעבר, או בזמן שהפונה בטיפולך ?

ג. האם הפונה עצמאי בלקיחת תרופות ?

כן	לא	הולך לבדו לקבל מרשם
כן	לא	נוטל תרופות באופן סדיר בלי תזכורת
כן	לא	האם הפונה צריך השגחה בנטיילת תרופות
כן	לא	האם הפונה מכיר את התרופות שהוא לוקח

ד. האם קיימת התמכרות לתרופות ?

7. האם הפונה מגיע באופן סדיר לפגישות המעקב ? באיזו תדירות ? באיזו מידה משתף פעולה?

8. א. האם ידוע לך על שימוש בסמים או אלכוהול?

ב. אם כן, אילו סמים ?

ג. תדירות השימוש ?

ד. כמות ?

ה. מתי הפונה השתמש בסמים או אלכוהול לאחרונה ?

ו. האם היו נסיונות לגמילה

9. האם בחצי השנה האחרונה היו התפרצויות של אלימות פיזית או מילולית ? אם כן נא לפרט

10. האם היו ניסיונות אובדניים בעבר ? אם כן, מתי, ובאיזה אופן?



11. האם ידוע לך על מחשבות אובדניות

---

---

12. מהם הסימנים המקדימים להידרדרות במצב הנפשי?

---

---

13. האם יש תופעות רגרסיביות והתנהגויות חריגות אופייניות?

---

---

14. האם הפונה סובל ממחלות גופניות, מדבקות או אחרות (כינמת, היפטיטיס A,B,C, סקאביאס, AIDS, שחפת פעילה, מחלות מין) וזקוק לטיפולים/תרופות? פרט. נא לצרף כל סיכום מחלה ו/או בדיקות רלוונטיות למצב הפיזי של הפונה. כמו כן פרט אם יש מסגרות רפואיות אחרות שהפונה מטופל בהן.

---

---

---

---

---

---

15. סטאטוס פסיכיאטרי נוכחי:

---

---

---

---

---

---

---

---



# פניה לועדת שיקום אזורית

16. אם הפונה זקוק לטיפול דנטלי, נא למלא את הטופס לטיפול דנטלי

שם הרופא:	_____	חתימה + חותמת
מקום עבודה	_____	
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס

## דו"ח סיעודי

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
_____	_____	_____

דו"ח סיעודי ימולא רק במידה והפונה נמצא במסגרת אשפוז בזמן ההפניה

### ניידות

- הולך חופשי ללא סיוע מכשירים או אדם
- נע בעזרת מכשיר (מקל/הליכון/כסא גלגלים)

### הלבשה

- עצמאית
- זקוק לסיוע קל (הנעלה, כיפתור)
- זקוק לסיוע, או דרבון, או עזרה מלאה בהחלפה ובחירה של לבוש נקי ותואם

### אכילה

- עצמאית
- באופן אסתטי
- רגיל לאכול בכל ארוחה ?
- הרגלי אכילה מיוחדים ?
- פרט

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### רחצה

- עצמאית
- זקוק לעזרה חלקית, דרבון והדרכה בביצוע, כולל גילוח או חפיפה
- תלות מלאה ברחצה; זקוק לעזרה פיזית ונוכחות ברחצה

### שליטה על סוגרים

- מלאה
- חלקית; שלפוחית מעיים
- ללא שליטה

### קשר עם הסביבה

- מדבר/ת רגיל
- דובר עברית כן לא אם לא איזו שפה מדבר ו/או מבין \_\_\_\_\_
- אינו מדבר בצורה שוטפת
- אינו מדבר בצורה ברורה



# פניה לועדת שיקום אזורית

יזום קשר עם מטופלים אחרים

הפונה נעזר בצוות פרט

האם הפונה משתתף בקבוצות במחלקה ? פרט

## ראיה

תקינה

זקוק למשקפים

סיבות הגורמות לליקוי כלשהו בראיה (גלוקומה, עיוורון מסכרת וכו')

## שמיעה

תקינה

חרש

כבד שמיעה

משתמש במכשיר שמיעה

## התמצאות

התמצאות טובה בזמן ובמקום

התמצאות חלקית, פרט \_\_\_\_\_

חוסר התמצאות, פרט \_\_\_\_\_

חוסר שיפוט הדורש השגחה או נוכחות של צוות מטפל 24 שעות ביום

צורך בדרבון והשגחה לביצוע פעילויות חיוניות בבית כמו: ניקיון, ניהול כספים ותקציב, שמירה על היגיינה,

הכנת מזון ושימוש במכשירי חשמל ביתיים?

פרט \_\_\_\_\_

## שינה

האם יש בעיות שינה ?

כיצד הפונה נוהג לקום בבוקר? פרט

## תעסוקה פנאי

האם הפונה משתתף בפעילויות עד הצהריים?

האם הפונה משתתף בפעילויות אחי"הצ ?

האם הפונה משתתף בפעילויות לאורך כל היום ?



# פניה לוועדת שיקום אזורית

---

שם ממלא/ת הטופס	_____	חתימה	_____
מקום עבודה	_____	תפקיד	_____
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס	_____



סיכום פסיכוסוציאלי

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות

סיבות ההפניה לסל שיקום

רקע משפחתי בן/בת זוג, ילדים, הורים, אחים ואחיות, מיקום במשפחה, טיב הקשר בין הפונה למשפחתו

היסטוריה התפתחותית

שימוש בסמים ואלכוהול (בהווה ובעבר)

פרט במה משתמש?

תדירות השימוש?

מתי השתמש בפעם אחרונה בסמים או באלכוהול?

כמות?

ניסיונות לגמילה?





## פניה לועדת שיקום אזורית

**ניסיון קודם בשירותי שיקום :**

אילו מסגרות ; מתי , מה הסיבה לסיים התקשרות עם אותן מסגרות ( נא לצרף דוחות רלוונטים )

**היסטוריה תעסוקתית : משך תקופות העבודה , הרגלי עבודה, יחס לעבודה, התנהגות בין אישית**

**כיצד הפונה מבלה את שעות הפנאי?**

**באיזו מידה קיימת מוטיבציה לשיקום?**

**כיצד מתבטאת מוטיבציית הפונה לשיקום ?**

**העדפות מיוחדות של הפונה.**

**מידת השתתפות הפונה בהכנת ההפניה**

**באיזו מידה שותפה המשפחה בתוכנית השיקומית ומה עמדתה לגבי ההפניה ? ( תומכת, מותנגדת, לא מעורבת, אין משפחה)**



## פניה לוועדת שיקום אזורית

האם קיימים גורמי תמיכה נוספים למשפחה?

מה הם המשאבים הכספיים העומדים לרשות הפונה? (נכסים, כספים, הכנסה חודשית, ניירות ערך וכו')

מידת הקשר בין הפונה לכותב/ת הסיכום הפסיכוסוציאלי (מטפל עיקרי; זמן ההכרות; תכיפות הקשר)

נא להוסיף פרטים רלוונטים נוספים.

שם ממלא הטופס	_____	חתימה	_____
מקום עבודה	_____	תפקיד	_____
מספר טלפון	_____	תאריך מילוי הטופס	_____



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## הערכה תפקודית

הערה : ההערכה התפקודית תתבסס על היכולת של הפונה בתקופה בה מולא הטופס

מפתח לציון ההערכה :  
 עצמאי בביצוע הפעולה  
 זקוק לעידוד לביצוע הפעולה, אך יש לו הידע לבצעה  
 זקוק להדרכה לבצע את הפעולה  
 מוגבל בביצוע הפעולה

1
2
3
4

הערכה ע"י המפנה				הערכה ע"י הפונה			
4	3	2	1	4	3	2	1
<b>היגיינה אישית</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>משק בית</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>ניידות והתמצאות בסביבה</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>תפקוד תעסוקתי</b>							
<b>סיכום :</b>							
<b>ניהול כספים</b>							
<b>סיכום :</b>							



## פניה לוועדת שיקום אזורית

מיומנויות חברתיות	הערכה ע"י הפונה	הערכה ע"י המפנה
יוזם קשר עם אדם אחר	כן/לא	כן/לא
מעורב בפעילויות קבוצתיות	כן/לא	כן/לא
מגיב לפניות של אחרים	כן/לא	כן/לא
יכול לקיים קשר חברתי	כן/לא	כן/לא
חברים משמעותיים	כן/לא/1/2/3/יותר	כן/לא/1/2/3/יותר

**סיכום:**

מיומנויות שעות הפנאי	באיזה פעילויות פנאי את/ה משתתף?	באיזה תדירות את/ה משתתף בפעילויות אילו?
צופה בטלוויזיה		
הולך לקולנוע		
הולך למסעדות		
שומע מוסיקה		
עוסק בפעילויות ספורט		
משתתף בחוגים בקהילה		
יוצא לטיולים		
הולך למועדונים		
הולך לבית כנסת		
יוצא לגן ציבורי		
קורא ספרים		
אחר, פרט		
עוסק במלאכת יד בבית		
עוסק באומנות בבית		

שם ממלא הטופס _____	חתימה _____
מקום עבודה _____	
מספר טלפון _____	תאריך מילוי הטופס _____



# פניה לועדת שיקום אזורית

טופס המלצות הפונה והמפנה והחלטת ועדת השיקום

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר החלטה	תאריך שנוי החלטה	תאריך קבלת הפניה
		תאריך החלטה

נא לציין ב X את המסגרת המומלצת ולנמק בדף הבא			החלטת הועדה		
	המפנה	הפונה	אישור	דחייה	אישור לתקופה (יש לציין את תקופת האישור)
ד י ו ר	78012	ד"ר לווין			
	99343	ד"ר מוגן רגיל			
	99354	ד"ר מוגן מתגבר			
	99346	הוסטל רגיל			
	99345	הוסטל מתגבר			
	78011	הוסטל כוללני			
	78006	סיוע חליפי בשכ"ד			
	78007	תוספת לשכ"ד			
ת ע ו ק ה	99353	מרכז שיקום : אבחון			
	99359	מרכז שיקום : תהליך שיקום			
	99352	מפעל מוגן			
	78013	תעסוקה נתמכת			
	99358	יחידת תעסוקה ושיקום בקהילה			
	99351	מועדון תעסוקתי			
	99348	מועדון לנוער			
	99350	מועדון מבוגרים			
	78014	שירותי סמך			
	78026	חונכות			
	99347	נופשון			
	78019	השלמת השכלה			
	78015	שירות תמיכה למשפחות			
	99355	מתאם טיפול			
	78009	טיפול שיניים			

מפתח לציון דחייה : (1) פחות מ 40% נכות (2) חוסר שיתוף פעולה של הפונה (3) שימוש בסמים ואלכוהול (4) אי בשלות לתוכנית המומלצת

חתימת הפונה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם האחראי למימוש התוכנית \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

מספר פקס' \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_

**נוכחים בוועדה**  
(הפונה, משפחה, אפוסטרופוס, המפנה)

1	
2	
3	
4	

חברי הועדה חתימה	שם
1	
2	
3	

הערות הועדה :



## פניה לוועדת שיקום אזורית טופס ויתור סודיות

1. נא לצלם דף זה על נייר פירמה של הגורם המפנה.
2. יש לצרפו להפניה לרכז השיקום.
3. לצרף צילום של מנוי אפוטרופוס.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
נותן בזאת ל \_\_\_\_\_  
למסור ל \_\_\_\_\_  
את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי  
בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.  
אני משחרר את \_\_\_\_\_ משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על  
פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה  
לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו אלא אם כן נמסרה הודעה בכתב.

חתימה	תאריך
_____	_____
שם משפחה	שם משפחה
שם פרטי	שם פרטי
קירבה	תפקיד
כתובת	חתימה
מס' טל'	תאריך
חתימה	
תאריך	

שם מסגרת המפנה \_\_\_\_\_

חותמת מסגרת המפנה \_\_\_\_\_



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## פניה לביטוח לאומי: מחלקת שיקום

1. נא לצלם דף זה על גיר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. יש לצרף העתק של ויתור סודיות. במידה ויש אפוטרופוס יש לצרף צלום של מגוי האפוטרופוס.

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

מנהל/ת מחלקת השיקום

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: שירותי שיקום**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"י.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך \_\_\_\_\_ לכתובת הרשומה מטה.

בברכה

שם המטפל \_\_\_\_\_

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_

הנייל טופלה ע"י מחלקת השיקום כן  לא  שנה \_\_\_\_\_

במידה וטופלה אודה על צירוף דו"ח קצר על התכניות שאושרו לזה בעבר, תאריכי האישור וכן פרטים על טיפולכם בו.

---



---



---



---



---



---



---

חתימה מנהל/ת מחלקת שיקום

המוסד לביטוח לאומי



# פניה לוועדת שיקום אזורית

## פניה ביטוח לאומי : נכות כללית

1. נא לצלם דף זה על נייר פירמה של הגורם המפנה ולשלוח לסניף המוסד לביטוח לאומי באזור.
2. נא לצרף העתק של ויתור סודיות לבקשה. במידה ויש אפוטרופוס לצרף צלום של מגוי האפוטרופוס

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

רכזת נכות כללית

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: אחוז נכות נפשית**

מר/גב' \_\_\_\_\_

ת.ז. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 הופנה/תה לוועדת שיקום אזורית בתחום ברה"י.

אודה לך על העברת המידע כדלהלן עד תאריך \_\_\_\_\_ לכתובת הרשומה למטה.

בברכה,

שם המטפל \_\_\_\_\_

שם המסגרת המפנה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

- א. הנייל הגישה/תביעה לקבלת קצבת נכות כן  לא  שנת הגשת התביעה \_\_\_\_\_
- ב. לנייל אושרה קצבת נכות מתאריך \_\_\_\_\_ . אחוזי הקצבה \_\_\_\_\_
- ג. סעיפי הנכות הנפשית ( הקיף בעיגול ) 34 33 \_\_\_\_\_
- ד. אחוזי נכות נפשית \_\_\_\_\_ % סעיפי נכות אחרים \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % סה"כ אחוזי נכות \_\_\_\_\_ %
- ה. לנייל לא אושרה קצבת נכות.