

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> </div>													לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">סוג המסמך דפים</p> </div>	8												
8													

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 סיעוד
הערכת תלות של רופא מומחה
בגריאטריה לבני 90 ומעלה



טופס הערכת תלות המלא יישלח למוסד לביטוח לאומי ע"י
 הרופא באמצעות פקס מס' 02-6462008

1 פרטים אישיים

מספר זהות ס"ב <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													תאריך לידה שנה חודש יום <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											שם פרטי	שם משפחה
תאריך		שם הרופא																							
ציין פרטי הנוכחים מלבד הנבדק: _____																									
פרטי איש הקשר אם ההערכה בוצעה במוסד רפואי, מרפאה או דיור מוגן																									
שם _____ טלפון _____ דואר אלקטרוני _____																									
הרכב משק הבית																									
הנבדק גר לבדו? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא																									

2 סיבת הפניה להערכת תלות ואנמנזה

_____ _____ _____ _____

3 ממצאי הבדיקה הגופנית, נפשית וקוגניטיבית כולל תוצאות מבחנים

_____ _____ _____ _____ _____

4 רשימת אבחנות רפואיות רלוונטיות

1. _____ 2. _____ 3. _____	4. _____ 5. _____ 6. _____
----------------------------------	----------------------------------

5 מידע על רשימת טיפולים מיוחדים ומסגרות טיפוליות מיוחדות

<input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> כימותרפיה <input type="checkbox"/> אשפוז בית <input type="checkbox"/> אשפוז יום <input type="checkbox"/> הוספיס בית <input type="checkbox"/> דיאליזה פריטוניאלית <input type="checkbox"/> המודיאליזה <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____
--

פעולות היום יום (ADL)
הסבר הניקוד (מסקנתך), על יד תיאור התרשמותך

דיווח הנבדק או הנוכח
על תפקוד הנבדק לאורך היממה

ניקוד	מספר אבחנה רלוונטית (על פי סעיף 4)	ממצאי הבדיקה ופירוט הצורך בעזרה	<p>סמן מי מסר את המידע : <input type="checkbox"/> הנבדק <input type="checkbox"/> אחר _____ , הסבר מדוע : _____</p>
(12) <input type="checkbox"/> עצמאי _____ 0 (13) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט _____ 0.5 (14) <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה _____ 1 (15) <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה רבה _____ 1.5 (16) <input type="checkbox"/> זקוק בקביעות לעזרה רבה מאוד _____ 2 (17) <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין _____ 7		בקימה בהליכה בישיבה יציבה (נטייה ליפול) TGU&G צורך בדברון	<p>א. אופן קימה וניידות ביום ובלילה .</p> <p>ב. מספר הנפילות בשלושת החודשים האחרונים <input type="checkbox"/> בבית <input type="checkbox"/> מחוץ לבית _____</p> <p>ג. פירוט הנסיבות של הנפילות בתוך הבית, מי וכיצד קם _____ _____</p>
(31) <input type="checkbox"/> עצמאי _____ 0 (32) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט _____ 0.5 (33) <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה רבה _____ 1		פלג גוף עליון פלג גוף תחתון אביזרים צורך בדברון	<p>ד. הלבשה או הפשטת בגדים, כולל החלפה לבגדי שינה</p>
(41) <input type="checkbox"/> עצמאי _____ 0 (42) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט _____ 0.5 (43) <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה _____ 1 (44) <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה רבה _____ 1.5		ברחיצת ידיים בחפיפת שער ברחצה כללית בגילוח צורך בדברון	<p>ה. רחצה כללית, כולל רחצת ידיים, גילוח</p>

הערכת תפקוד בפעולות – המשך			
(51) <input type="checkbox"/> עצמאי _____ 0 (52) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט _ 0.5 (53) <input type="checkbox"/> עיוורון מוחלט* _____ 0.5 מס' תעודת עיוור _____		חימום במיקרוגל או פלטה חשמלית והגשה באכילה בשתייה הזנה מלאכותית צורך בדרבון	ה. <u>אכילה ושתייה</u> , כולל חימום והגשה (שימוש במיקרוגל או פלטה חשמלית), מספר ארוחות ביום.
(61) <input type="checkbox"/> עצמאי _____ 0 (62) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט _____ 0.5 (63) <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה _____ 1 (64) <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע בלילה ועזרה ביום _____ 1.5 (65) <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה רבה _____ 1.5 (66) <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין _____ 7		שליטה על סוגרים נידות הלבשה שמירה על היגיינה שימוש באביזרים	ו. <u>שימוש בשירותים וטיפול בהפרשות</u> . התייחס ל: שליטה על סוגרים, נידות, הלבשה, היגיינה אישית, שימוש באביזרי עזר _____

7

צורך בהשגחה

הצורך בהשגחה בתוך הבית בגין ירידה קוגניטיבית או מחלת נפש או מצב רפואי מסכן חיים

תיאור תובנה, התמצאות והתנהגות, התייחס בקצרה ל:

התמצאות בזמן, במקום, באנשים, בסיטואציה, האם מבין את הנאמר, עונה ופועל בהתאם למציאות (בוחן מציאות) וכיצד מנהל ענייניו.

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.

דיווח הנוכחים:

ממצאי הבדיקה:

ניקוד 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 בגין מצב רפואי מסכן חיים _____ 9

8

מגבלה בעלת אופי זמני או קבוע

- המגבלה שגרמה לירידה הנוכחית בתפקוד היא בעלת אופי זמני, צפוי שיפור בעוד _____ חודשים
- המגבלה בתפקוד היא בעלת אופי קבוע

נמק את המלצתך _____

9

הצהרה ופרטי הרופא המומחה בגריאטריה שביצע הערכה זו

א. בחר באחת האפשרויות:

מילאתי טופס זה על סמך **בדיקתי בפועל** בתאריך _____ (אם ערכת הערכה גריאטרית כוללנית, נא לצרף למסמך זה).

מילאתי טופס זה לפי **בדיקתי בפועל** בתאריך _____ ועל סמך הערכה גריאטרית כוללנית שערך דר' _____ בתאריך _____ (נא לצרף את הערכתו).

ב. הערכה בוצעה ב: בית הנבדק במרפאה, שם המרפאה _____
 דיר מוגן, שם הדיר מוגן _____

ג. פרטי התקשרות עם המוסד הציבורי שבמסגרתו בוצעה הערכת תלות שם המוסד/מחלקה/מרפאה _____ טלפון _____ דואר אלקטרוני _____

ד. מילאתי טופס זה במסגרת עבודתי במוסד הרפואי הציבורי _____ ולא קיבלתי על כך תשלום מהנבדק.

ה. מספר רישיון _____ שם הרופא _____ מס' ת.ז. _____
 הערכה זו אינה מהווה תחליף לתדפיס המידע הרפואי של התובע. רצוי לצרף מכתב המסכם את בדיקתך, כמקובל בייעוץ רפואי, לרבות הדורשות טיפול ולהעביר עותק לרופא המטפל לשמירת רצף טיפולי.

10

הצהרת הנבדק

בכוונתי להגיש תביעה לגמלת סיעוד
 חתימת הנבדק או מי מטעמו (ציין שם וקשר לנבדק) _____

11

אישור פקיד תביעות

אני מקבל את ממצאי הערכה ומבסס עליה את החלטתי
 שם פקיד התביעות _____ חתימה _____