

--- לא מסווג ---

שעת תחילת הבדיקה: _____
שעת סיום: _____

הערכה תפקודית

שם: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז.: _____ מין: _____

טלפון: _____ תאריך בדיקה: _____ כתובת: _____

מקצוע: _____ מקום עבודה אחרון: _____

ג/ה לבד: _____ ג/ה עם מטפלת 24 שעות ביממה: _____

בני משפחה המתגוררים עימו/ה: _____

מקבל/ת גמלה מהמוסד לבטוח לאומי: _____

מקבל עזרה (מטפלת) מביטוח לאומי: _____

מקום ביצוע הבדיקה: _____

מי נכח בזמן הבדיקה: _____

1. פרוט האירוע (תאריך קרות האירוע):

2. אבחנות רפואיות:

<u>האבחנה באנגלית</u>	<u>האבחנה בעברית</u>	<u>תאריך האבחון</u>

3. טיפול תרופתי:

שם : _____ . ת.ז.: _____ . 2

4. חולה פרקינזון שעת לקיחת התרופה ביום הבדיקה :

5. טיפול אחר (פארא-רפואי, רפואי וכו')

6. אמצעי תמיכה נוספים :

7. מצב מנטאלי :

1. התמצאות במקום – _____ .

2. התמצאות בזמן – _____ .

3. הכרת אנשים קרובים – _____ .

4. זיכרון- _____ .

5. מצב ההכרה- _____ .

פרטי:

א. סיכום פעולות ADL

1. ניידות

לא	כן	
		מרותק למיטה
		מרותק לכיסא גלגלים
		יכולת לנוע ממקום למקום באופן עצמאי תוך שימוש באביזרים ללא עזרת הזולת

פרוט :

_____ : **ADL**

2. מעברים

עזרה מלאה	סיוע רב	סיוע קל	זקוק להשגחה	עצמאי	
					שכיבה / ישיבה
					ישיבה/ עמידה
					מרותק
					זקוק לעזרה רבה עקב מצב בריאותי

פרוט :

_____ : **ADL**

3. הלבשה

עזרה מלאה (מבצע 25%)	סיוע רב (מבצע 50%)	סיוע קל (מבצע 75%)	זקוק להשגחה	עצמאי	
					פלג גוף עליון
					פלג גוף תחתון
					עזרה מלאה

פרוט :

_____ : **ADL**

4. רחצה

עזרה מלאה (מבצע 25%)	סיוע רב (מבצע 50%)	סיוע קל (מבצע 75%)	זקוק להשגחה	עצמאי	
					עמידה פלג גוף עליון
					עמידה פלג גוף תחתון
					ישיבה פלג גוף עליון

					ישיבה פלג גוף תחתון
					עזרה מלאה

פרוט :

_____ : **ADL**

5. אכילה/שתייה

עזרה מלאה (מבצע 25%)	סיוע רב (מבצע 50%)	סיוע קל (מבצע 75%)	זקוק להשגחה	עצמאי	
					כף
					כוס
					מוצק

פרוט

_____ : **ADL**

6. הפרשות (שתן ופעולת מעיים)

ללא שליטה	חלקית	שליטה מלאה	
			שתן
			צואה

פרוט :

_____ : **ADL**

_____ : **ADL סה"כ**

סיכום

בוצע ע"י :

שם + משפחה :

השכלה :

תואר :

מספר רישיון :

