

שאלון הכרות

תאריך: _____

ת.פניה ראשונית למרכז: _____ גורם מפנה: _____

1. פרטי הילד/ה: _____

שם: _____ ז / נ תאריך לידה: _____

ת.ז: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____

שם מסגרת חינוכית: _____

2. פרטי המשפחה: _____

שם	תאריך לידה	ארץ לידה	שנת עליה	עיסוק/ מסגרת חינוכית	שעות עבודה/ במסגרת	תפקוד/ מצב רפואי/קשיים/ התפתחותיים/ לימודיים/ התנהגותיים	טלפון
אמא							
אבא							
1. ז/נ							
2. ז/נ							
3. ז/נ							
4. ז/נ							
5. ז/נ							
6. ז/נ							
7. ז/נ							
8. ז/נ							
9. ז/נ							
10. ז/נ							

מצב משפחתי של ההורים: נשואים/ גרושים/פרודים/ידועים בציבור/אחר _____

(במקרה של הורים גרושים- מה סוג המשמורת: _____)

כתובת: _____ דירה בבעלות/ שכירות/ אחר: _____

מספר חדרים: _____ דיירים נוספים בבית: _____ טלפון בבית: _____

הכנסות המשפחה: משכורת/ קצבה/ מזונות/ אחר _____

קשר עם גורמים נוספים בקהילה: רווחה/ביטוח לאומי/אחר

קשר עם גורמים טיפוליים: עו"ס/ פסיכולוג/פיזיותרפיסט/ מרפאה בעיסוק/קלינאית תקשורת

3. פרטי ההפניה :

סיבת ההפניה:

מהם הקשיים של הילד ומתי הבחנתם בהם לראשונה?

מטרת הפנייה ליחידה:

כיצד ההורים מתארים את הילד (מיהו עבורם, חוזקות, קשיים)?

4. רקע רפואי של הילד/ה:

שם רופא הילדים: _____ קופ"ח: _____ סניף: _____
רופאים מקצועיים שהילד מטופל או טופל על ידם:

מצב בריאות כללי:

מקבל תרופות באופן קבוע? כן/לא. פרט:

התקף אפילפטי/ אשפוזים/ ניתוחים:

האם הילד סובל מסחרחורות (למשל בנסיעות):

בדיקת ראייה: כן/לא, פרט:

בדיקת שמיעה: כן/לא, פרט:

ציינו האם קיימות במשפחה המורחבת מחלות כרוניות או בעיות התפתחותיות:

5. רקע התפתחותי של הילד/ה:

הריון מתוכנן/לא מתוכנן

הריון טבעי/טיפולי פוריות

מהלך ההיריון: תקין / לא תקין, פרט:

מהלך הלידה: בשבוע: משקל:

כיצד הייתה התקופה שלאחר הלידה (התארגנות בבית, האכלה/הנקה, תמיכה משפחתית):

מזג כתינוק (בכי, שינה, אכילה, גזים, אובייקט מעבר):

התפתחות מוטורית (התהפכות, זחילה, ישיבה, עמידה, הליכה) במועד / באיחור, פרט:

התפתחות שפתית (השמעת הברות, מילה, צרוף מילים) במועד / באיחור, פרט:

התפתחות חברתית (חיוך, צחוק, קשר עין, יצירת קשרים), פרט:

6. תפקוד יומיומי

סדר יום (שעת קימה, התארגנות בוקר, פעילות אה"צ, חוגים, ארוחת ערב, רחצה, שעת שינה):

תחומי עניין של הילד:

מסגרת חינוכית נוכחית: חינוך רגיל / חינוך מיוחד / בבית

הסתגלות ותפקוד במסגרת החינוכית:

האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / התקשה באחד התחומים המפורטים? אנא סמנו x ופרטו .

תחומים	תפקוד תואם	קיימים קשיים	פרט
--------	------------	--------------	-----

		גיל	
			מוטוריקה גסה (הליכה, ריצה, קפיצה, עליה על מתקנים וכו')
			מוטוריקה עדינה (קוביות, השחלה, גזירה וכו')
			תקשורת שפה ודיבור (הבנה והבעה, רצוף, היגוי)
			קשב וריכוז
			יצירת קשרים חברתיים
			התנהגות (תגובה לתסכול, אלימות, דחיית סיפוקים, אימפולסיביות, גבולות)
			הלבשה ורחצה
			אכילה (תפריט מגוון/מצומצם, עצמאות, הרגלים)
			שינה (הירדמות עצמאית, עם מי ישן, שינה רציפה/קטועה, בעיות מיוחדות)
			שליטה על צרכים (אם גמול- באיזה גיל? וכיצד הייתה הגמילה)
			פרידה מן ההורים
			התמודדות עם שינויים/ מעברים
			רגישויות (למגע, מרקמים, ריח, קולות, המולה)
			הנקה/ שימוש בבקבוק/ שימוש במוצץ
			פחדים

7. מידע נוסף

קשר עם דמויות משמעותיות במשפחה או מחוצה לה (אחים, הורים, סבים, חברים, גננת, מורה וכו')



אירועי חיים משמעותיים שברצונכם לציין בקשר לילד או המשפחה?

תפיסת ההורים את עצמם (דרכי התמודדות עם הילד והאחים, הבדלי גישות בין ההורים, תובנות, סגנון הורות):

מערכות תמיכה וכוחות של המשפחה:

הדרכת הורים: מעוניינים/ לא מעוניינים

תאום ציפיות:

עזרה בתחומים נוספים/ השתתפות בתוכניות:

המרכז מבטיח דיסקרטיות מקצועית מוחלטת בכל מה שנוגע למידע שיתקבל ממקור כלשהו.

תאריך: _____ **חתימת ההורים:** _____