

טופס הערכה תפקודית לצורך מתן סיוע סיעודי למילוי והערכה ע"י הרופא/ה או האח/ות המטפלים (עמודים 1-3)

* טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים

תאריך _____

פרטים אישיים

שם מלא: _____ ת.ז. _____ גיל _____

כתובת: _____ מתגורר לבדו מתגורר עם: _____

הערכה תפקודית - בסיסית

מבצע מעברים באופן עצמאי ללא סיוע מגורם חיצוני מאף סוג משתמש בעזר חיצוני ו/או באדם מסייע לחלק מסוגי המעברים לא מסוגל כלל לבצע מעברים וזקוק באופן מלא לעזר חיצוני ו/או אדם מסייע	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> לעזרה מלאה	מעבר משכיבה לשיבה ולהפך, מעבר מישיבה לעמידה ולהפך	מעברים
עצמאי בתנועה, לא זקוק לאף עזר גם אם ההליכה איטית אך עצמאית ובטוחה משתמש במקל הליכה ו/או נתמך באדם מסייע מסתייע בהליכון ו/או כיסא גלגלים ו/או מרותק למיטה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	היכולת / הליכה	תנועה / הליכה
עצמאי באכילה זקוק לסיוע חלקי בזמן ארוחה לא מסוגל לאכול בכוחות עצמו, נדרש סיוע מלא בהאכלה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	היכולת לאכול, להשתמש בכלי אוכל ולהביא את המזון אל הפה	אכילה
שליטה מלאה בסוגרים ויכולת דאגה עצמאית להיגיינה אישית בשירותים שליטה חלקית בסוגרים / הולך לשירותים אך זקוק לסיוע חלקי ו/או להשגחה ללא שליטה בסוגרים, נעזר באביזרי ספיגה, נתמך באופן מלא באדם מטפל	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	היכולת לשלוט על סוגרים ולתפקד באופן עצמאי בחדר השירותים	שליטה על סוגרים והיגיינה אישית
מתקלח באופן עצמאי ובטוח באופן יומיומי זקוק להשגחה / עזרה חלקית ברחצה זקוק לעזרה מלאה ברחצה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	היכולת היומיומית להתקלח באופן בטוח	רחצה
עצמאי בהלבשה זקוק לעזרה בפלג גוף עליון / תחתון זקוק לעזרה מלאה בהלבשה	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	היכולת להתלבש	הלבשה
תפקוד עצמאי ללא עזר ליקוי ראייה שלא מהווה תלות משמעותית במשקפיים ליקוי ראייה המהווה תלות משמעותית במשקפיים / עיוורון / כבד ראייה עם תעודת עיוור	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		ראיה
תפקוד עצמאי ללא עזר ליקוי שמיעה שלא מהווה תלות משמעותית במכשיר שמיעה ליקוי שמיעה המהווה תלות משמעותית במכשיר / חירש	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה		שמיעה

מתכנן, מכין ומגיש את הארוחה באופן עצמאי	עצמאי <input type="checkbox"/>	תכנון, הכנה והגשת המזון	הכנת מזון
זקוק לעזרה חלקית בהכנת המזון ו/או בהגשתו	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
זקוק לעזרה מלאה בהכנה והגשה של המזון	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
עורך קניות באופן עצמאי	עצמאי <input type="checkbox"/>	היכולת לצאת לקניות, לדרוש למלווה בכל יציאה לקניות	קניות
לא מסוגל לערוך קניות	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>	לבצע פעולות תשלום, ולשאת עגלה/ שקיות	
	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
מנהל משק בית באופן עצמאי או עם עזרה מזדמנת	עצמאי <input type="checkbox"/>	כביסה, הדחת כלים, פינוי והכנסת כלים למדיח, הצעת מיטה, ניקיון הבית וכו'	כביסה ומשק בית
זקוק לסיוע בחלק ממטלות הבית	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
זקוק לסיוע מלא בכל המטלות הקשורות במשק בית	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
מתנייד באופן עצמאי בנהיגה או בתחבורה ציבורית	עצמאי <input type="checkbox"/>	היכולת להתנייד ממקום למקום באמצעות מכונית / תחבורה ציבורית	ניידות מחוץ לבית ותחבורה
מתנייד רק במונית / בהסעה / בתחבורה ציבורית עם מלווה	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
לא מתנייד כלל ממקום למקום	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
עצמאי, אחראי בלעדי לנטילת התרופות במינונים ובזמן הנכון	עצמאי <input type="checkbox"/>	היכולת לסדר תרופות, לזהות אותן, להכין מינון נכון וליטול אותן בזמן	נטילת תרופות
מסוגל להיות אחראי ללקיחת תרופות אך זקוק לעזרה בסידורן מראש לפי המינון הנכון	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
זקוק לעזרה מלאה בכל הנוגע לסידור ונטילת התרופות	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
מסוגל להשתמש באופן עצמאי בטלפון ולחייג מספרים	עצמאי <input type="checkbox"/>	יכולת להשתמש בטלפון וביישומים דיגיטליים / יכולת לחייג ולענות לשיחות	יכולת להשתמש בטלפון וביישומים דיגיטליים / יכולת לחייג ולענות לשיחות
יכול להתקשר למספרים נבחרים ו/או רק להשיב לשיחות	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
לא מסוגל להשתמש בטלפון	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		
מנהל תקציב, משלם חשבונות, כותב המחאות, הולך לבנק אם יש צורך	עצמאי <input type="checkbox"/>		ניהול כספים
מתנהל עצמאי עם רכישות קטנות יומיומיות אך נדרש לעזרה ברכישות גדולות והתנהלות מול הבנק	זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/>		
זקוק לעזרה מלאה בכל הנוגע לעיסוק בכספים	זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/>		

הערכה קוגניטיבית

- אין צורך בהערכה קוגניטיבית
- מופנה לייעוץ וחוות דעת גריאטר / פסיכיאטר / אחות גריאטרית
- קיימת חוות דעת תקפה של גריאטר / פסיכיאטר / נוירולוג / רופא מטפל / גורם מוסמך אחר* לפיה הפונה הינו :

זקוק להשגחה חלקית זקוק להשגחה מלאה

הערכת משך הזמן הנדרש לסייע

3 חודשים

6 חודשים

כשנה

לצמיתות

אחר _____

צרכים רפואיים נוספים

זקוק לעזרים / אביזרים / מכשירים רפואיים כן לא

ובמידה וכן, פרט: _____

משתמש מוצרי ספיגה כן לא

נוטל תרופות קבועות כן לא

זקוק ללחצן מצוקה כן לא

חתימה וחותמת הרופא/ה או האח/ות

חותמת הרופא/ה _____

שם הרופא/ה או האח/ות _____

חלק זה ימולא וייחתם ע"י מבקש הסיוע

**במידה והזכאי עבורו מבוקש הסיוע אינו יכול לחתום על הצהרות אלה, ימולא וייחתם חלק זה ע"י בן משפחה או מיופה כוח אשר מגיש את הבקשה בשמו.

ויתור סודיות לעניין בקשה לקבלת סיוע בסיעוד

- הריני לאשר למשרד הביטחון ו/או מי מטעמו למסור אודותיי מידע רפואי / אישי / נפשי / סוציאלי לרבות מידע על טיפולים רפואיים ו/או נפשיים או כל מידע אחר שיידרש למוסד לביטוח הלאומי / רשות האוכלוסין וההגירה / חברת הסיעוד ו/או מי מטעמה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.
- הריני לאשר למשרד הביטחון לקבל אודותיי מידע או מסמך מכל סוג מהמוסד לביטוח הלאומי / רשות האוכלוסין וההגירה / חברת הסיעוד, לרבות מידע רפואי וכן כל מידע על הזכויות להם אני זכאי / הייתי זכאי ממוסר המידע.

שם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

הצהרת מבקש/ת הסיוע

- הריני להצהיר כי טופס זה מולא ע"י הרופא/ה או האח/ות המוסמכים וכי ולא נעשו בו שינויים לאחר המילוי כאמור.
- ידוע כי למשרד הביטחון שמורה הזכות לבקש את הטופס המקורי במסגרת תקופה של 6 חודשים מיום הגשת הבקשה לסיוע.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____