



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל : הרופא המטפל / האחות המטפלת

נודה לך אם תואיל למלא טופס זה לצורך קביעת מכסה חודשית של שעות סיעוד בידי הזולת.
נא למלא את כל הסעיפים בעברית ובכתב ברור, בצירוף חתימה וחותמת הרופא/האחות המטפלת/ת
מסמך זה תקף בגיבוי מסמכים רפואיים עפ"י הדרישות המודגשות בכל סעיף

| | |
|-----------|--|
| תאריך | |
| מספר תיק | |
| מחוז מטפל | |

הנדון: טופס לקביעת מתן עזרה סיעודית וסידור מוסדי

| פרטים אישיים של החולה | | | |
|--|---|-----------------|-------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות | |
| תאריך לידה | טלפון | טלפון נוסף | |
| רחוב | מס' בית | יישוב | מיקוד |
| זכאות | מצב משפחתי | | |
| <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> הורה | <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן | | |

1. אבחנה רפואית עדכנית (יש לצרף בנוסף סיכום מידע רפואי ממוחשב)

| |
|-------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------|

תנועה

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> מתהלך לבד | <input type="checkbox"/> בעזרת הזולת | <input type="checkbox"/> בעזרת מכשיר: <input type="checkbox"/> מקל <input type="checkbox"/> הליכון <input type="checkbox"/> כיסא גלגלים <input type="checkbox"/> רתוק למיטה |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|

| הלבשה | רחצה | אכילה |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> עצמאי | <input type="checkbox"/> עצמאי | <input type="checkbox"/> עצמאי |
| <input type="checkbox"/> עזרה חלקית | <input type="checkbox"/> עזרה חלקית | <input type="checkbox"/> עזרה חלקית (הכנה ו/או הגשה ו/או דרבון) |
| <input type="checkbox"/> עזרה מלאה | <input type="checkbox"/> עזרה מלאה | <input type="checkbox"/> עזרה מלאה |

ראייה

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תקינה | <input type="checkbox"/> תקינה עם משקפיים | <input type="checkbox"/> עיוור בעין אחת | <input type="checkbox"/> כבד ראייה | <input type="checkbox"/> עיוור |
|--------------------------------|---|---|------------------------------------|--------------------------------|

**יש לצרף תעודת עיוור / כבד ראייה (זכאי עד גיל 75)
או סיכום מרופא עיניים / משפחה המעיד על מצב ראייתו (זכאי מעל גיל 75)**

שליטה על סוגרים

| | |
|---|--|
| שליטה בשלפוחית: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> ללא | שליטה במעינים: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> ללא |
|---|--|

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

שימוש במוצרי ספיגה: כן לא

השגחה עקב מצב דמנטי / נפשי

הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזיכרון/נפשי זקוק להשגחה חלקית של אדם אחר, אך ניתן להשאירו לבד לפרקי זמן קצרים

הפרעה ניכרת בהתמצאות ו/או זיכרון/נפשי זקוק להשגחה (נוכחות) מתמדת של אדם אחר. מסכן את עצמו/או אחרים כאשר נשאר לבדו

דמנציה מתקדמת

מתחת לגיל 80 - יש צורך באבחון מרופא גריאטרי / פסיכיאטר / נוירולוג
מעל גיל 80 - ללא אבחון יינתנו מחצית השעות

זמן משוער עד החלמה

עד שלושה חודשים עד שישה חודשים עד שנה לצמיתות

סיכום והערכה תפקודית

תשוש תשוש נפש רתוק וזקוק לעזרה סיעודי

סיעודי מורכב עצמאי הזקוק לעזרה עצמאי לחלוטין

2. המגבלות התפקודיות העיקריות של החולה

המלצות

הפנייה לסידור בבית אבות יכול להישאר בביתו וזקוק לעזרה ביתית

דיור

גר לבד גר עם

פרטי המטפל

שם רופא _____ חותמת ומספר רישיון _____ שם האחות _____

ויתור על סודיות (ימולא על ידי הפונה)

אני החותם מטה מאשר העברת אינפורמציה רפואית למשרד הביטחון אגף משפחות הנצחה ומורשת

תאריך _____ שם הזכאי _____ חתימת הזכאי _____

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il