

## טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד - שאלון להורים

1 פרטים כלליים											
שם מלא של הילד/ה			תעודת זהות של הילד			מין			תאריך לידה לועזי		
						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
כתובת				מספר טלפון בבית				מספר פקס			
שם האב			מספר טלפון נייד של האב			שם האם			מספר טלפון נייד של האם		
שם רופא הילדים				סניף קופת חולים				תאריך מילוי שאלון			

2 פרטי הגורם המפנה
פרטי הגורם המפנה: <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> גננת/מורה <input type="checkbox"/> רופא <input type="checkbox"/> טיפת חלב <input type="checkbox"/> אחר: _____ הסיבה העיקרית לפנייתכם ליחידה להתפתחות הילד: <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> טיפול בריפוי בדיבור (גא לצרף בדיקת אף אוזן וגרון ובדיקת שמיעה) <input type="checkbox"/> טיפול בפיזיותרפיה התפתחותית <input type="checkbox"/> אחר: _____ דעת ההורים על ההפניה: _____ מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?: _____

3 הריון ולידה				
מהלך ההיריון	מהלך הלידה	בית החולים בו נולד	גיל ההיריון (בשבועות)	משקל הלידה
צורת לידה: <input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> עכוז <input type="checkbox"/> מלקחיים <input type="checkbox"/> ואקום <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי מתוכנן <input type="checkbox"/> דחוף סיבוכים לאחר הלידה: _____				

4 מצב בריאות
האם ילדך סובל ממחלה ממושכת? אם כן פרט: _____ מומים גופניים: _____ טיפול תרופתי ממושך: _____ אשפוזים בעבר: _____ ניתוחים: _____

5 שינה
מספר שעות שינה רצופות בלילה: _____ האם הילד מתעורר במשך הלילה? _____ ואם כן כמה פעמים? _____ האם הילד מרטיב בלילה? _____ ואם כן באיזו תדירות? _____ האם הילד נחר או משמיע קולות בזמן השינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם הילד משם עם פה פתוח בזמן השינה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

**6 התפתחות מוטורית ותפקודי יום-יום**

באיזה גיל ילדך:

התהפך: בטן/גב: \_\_\_\_\_ גב/בטן: \_\_\_\_\_ זחל: \_\_\_\_\_ ישב: \_\_\_\_\_ הלך: \_\_\_\_\_

שליטה מלאה בצרכים: \_\_\_\_\_ מגיל: \_\_\_\_\_ ביום: \_\_\_\_\_ בלילה: \_\_\_\_\_

האם ילדך מתלבש לבד? \_\_\_\_\_ עוזר בהלבשה/הפשטה או זקוק לעזרה מלאה? \_\_\_\_\_ האם ילדך אוכל באופן עצמאי? \_\_\_\_\_

**7 דיבור**

איזו שפה מדברת האם? \_\_\_\_\_ איזו שפה המדבר האב? \_\_\_\_\_

אילו שפות נוספות הילד שומע בבית? \_\_\_\_\_ מאיזה גיל השמיעה/הילדה: מילים ראשונות? \_\_\_\_\_

צירופי 2-3 מילים? \_\_\_\_\_ באיזה גיל דיבר בשטף? \_\_\_\_\_

איך נושם בערנות?  דרך הפה  דרך האף. האם משתמש במוצץ?  כן  לא האם מוצץ אצבע?  כן  לא

האם הילד מדבר בקול רם לדעתך? \_\_\_\_\_

**8 אכילה**

הילד:  ייג  אכל מבקבוק  הנקה וגם בקבוק

באיזה גיל עבר מאכילה בבקבוק לאכילת מזון מוצק? \_\_\_\_\_

הילד אוכל בפה:  פתוח  סגור. האם יש בררנות באוכל?  כן  לא

האם הילד מרייר?  כן  לא

**9 תחושה**

האם ילדך נמנע ממגע (חיבוק, ליטוף)?  כן  לא

האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים כגון: חול/דבק/מים?  כן  לא. אם כן תפרטי/י: \_\_\_\_\_

האם ילדך נמנע / מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון: נוזל/מוצק?  כן  לא

האם ילדך סובל מבחילה בניסיעה או במתקני גן שעשועים?  כן  לא

האם ילדך מחפש / נמנע מנדנד חזק?  כן  לא

## 10 התנהגות

10

אנא, דרג/י את ילדך/תך בנוגע להתנהגויות הבאות: הקף/י 1 אם ההתנהגות הכתובה מימין הייתה רוב הזמן. הקף/י 5 אם ההתנהגות הכתובה משמאל הייתה רוב הזמן. מצבי ביניים מיוצגים ע"י המספרים 2,3, ו-4. אם מתוארות שתי התנהגויות (כמו למשל, התפרצויות זעם, הטחת הראש), סמן/י את המתאימה ביותר:

שקט ורגוע	1	2	3	4	5	קולני וחסר שקט
קל מאד להאכיל אותו	1	2	3	4	5	בעיות האכלה יום יומיות
ישן טוב	1	2	3	4	5	בעיות שינה תכופות
בדרך כלל רגוע	1	2	3	4	5	בדרך כלל חסר מנוחה
חסר פעילות	1	2	3	4	5	פעילות יתר
מתרפק, קל לחיבוק	1	2	3	4	5	לא נהנה ממגע
קל להרגיע אותו	1	2	3	4	5	התפרצויות זעם, מטיח את הראש
זהיר	1	2	3	4	5	נוטה לתאונות, הרפתקן
נהנה מקשר עין	1	2	3	4	5	נמנע מקשר עין
אוהב חבר	1	2	3	4	5	אינו אוהב קשר עם אנשים
נפרד בקלות (מאבא או אמא)	1	2	3	4	5	מתקשה מאוד להיפרד

תאר/י נא, התנהגויות של ילדך/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים במשפחה:

תאר/י נא אירועים חריגים, טראומטיים או מעוררים חרדה, אשר יתכן שהשפיעו על התפתחותו/ה ותפקודו/ה העכשוויים של ילדך/תך, נא פרטי/י אירוע, \_\_\_\_\_

גיל/ה של הילד/ה בזמן האירוע ותגובתו/ה: \_\_\_\_\_

האם הילד/ה או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו, כמו יעוץ אישי או קבוצתי וכד' ?  כן  לא אם כן, אנא פרטי/י כל טיפול שקיבל/ה בעבר או בהווה, כולל סוג הייעוץ, האדם שקיבל יעוץ, שם היועץ ואורך הטיפול: \_\_\_\_\_

## 11 אישיות והתנהגות כיום

11

נא סמן/י כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך/תך כיום:

<input type="checkbox"/> עצוב	<input type="checkbox"/> שמח	<input type="checkbox"/> מנהיג	<input type="checkbox"/> מונהג	<input type="checkbox"/> נוטה למצבי רוח
<input type="checkbox"/> חברתי	<input type="checkbox"/> שקט	<input type="checkbox"/> פעילות יתר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תלותי
<input type="checkbox"/> רגיש	<input type="checkbox"/> מביע רגש	<input type="checkbox"/> מלא פחדים	<input type="checkbox"/> משתף פעולה	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם
<input type="checkbox"/> חסר אנרגיה / עייף	<input type="checkbox"/> אחראי מדי (דואג)	<input type="checkbox"/> בעיות בשינה	<input type="checkbox"/> קשה לשליטה	<input type="checkbox"/> מזג או אופי נוח
<input type="checkbox"/> מעדיף להיות לבד	<input type="checkbox"/> לא יוזם	<input type="checkbox"/> מבולבל	<input type="checkbox"/> לא מנומס	<input type="checkbox"/> אימפולסיבי

**12** טיפולים התפתחותיים בעבר או בהווה (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי) \* אם ילדכם עבר אבחון כלשהו נא לצרף דו"ח מאבחן

סוג הטיפול	מסגרת שבה טופל	משך הטיפול	תוצאות/סיבת הפסקה
1			
2			

מתי שמת לב לקשיי ילדך בפעם הראשונה?

**13** מסגרת חינוכית

שם המטפלת	שם בית ספר/הגן בו נמצא הילד	סוג המסגרת
		<input type="checkbox"/> בבית <input type="checkbox"/> מטפלת <input type="checkbox"/> משפחתון <input type="checkbox"/> מעון
מספר ילדים בכיתה או קבוצה	סוג כיתה	כיתה
	<input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> מיוחדת <input type="checkbox"/> מקדמת	

**14** פרטי המשפחה

פרטי האב (או אם מאמץ/חורג)

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  נשוי  גרוש  אלמן  פרוד

פרטי האם (או אם מאמצת/חורגת)

שם פרטי ומשפחה	שנת לידה	ארץ לידה	מוצא/עדה
מקצוע	שנות לימוד	מצב בריאותי	

השכלה או הכשרה מיוחדת: \_\_\_\_\_

בעיות התפתחות בעבר (גדילה, למידה, שפה): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  נשואה  גרושה  אלמנה  פרודה

**15 אחים ואחיות**

שם	גיל	מסגרת חינוך	האם קיבל/מקבל טיפול התפתחותי? ואיזה?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

כמה נפשות גרות בבית? \_\_\_\_\_ מיקום ילד בין האחים: \_\_\_\_\_

**16 הערות נוספות**

---



---



---



---



---



---



---



---

**17 פרטי ממלא הטופס**

שם ההורה הממלא את הטופס	חתימה
_____	_____ x



**מרכז לגיל הרך אזורי**

**מרום הגליל**

תאריך: \_\_\_\_\_

**הסכמה מדעת לטיפול והערכה במרכז לגיל הרך – מרום הגליל**

לצורך הערכה וטיפול מיטבי ל(שם שמלא של הילד) \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_  
אנו (שם מלא אם) \_\_\_\_\_ (שם מלא אב) \_\_\_\_\_ מאשרים את הדברים הבאים:

1. למטפל מטעם המרכז לטפל בבני/בתי. (מאשר/לא מאשר)
2. לצפות בילד במסגרת החינוכית. (מאשר/לא מאשר)
3. לקבל ולמסור מידע מגורמים מקצועיים שמכירים את הילד. (מאשר/לא מאשר)
4. צילום פגישות לצורך לימוד והדרכה. (מאשר/לא מאשר)
5. צילום פגישות טיפול לצורך פרסום בכלי תקשורת מקומי או גיוס משאבים לקידום המענה שניתן לקהילה במרכז. (מאשר/לא מאשר)

**ההסכמה מדעת תקפה למשך שנה מיום החתימה.**

- א. העיקרון המנחה הוא שרק אינפורמציה חיונית תימסר.
- ב. כל מידע שיימסר לגורמים מקצועיים על ידי המטפל יימסר גם להורים.

**חתימות ההורים:**

אם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

אב: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_



טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד  
שאלון למורה/רב (לילד מעל גיל 6 או ילד מעל גיל 5 במסגרת תלמוד תורה)

1 פרטים הילד			
שם הילד (פרטי ומשפחה)	מספר תעודת זהות	גיל בעת מילוי השאלון	כיתה

2 פרטים המורה			
שם המורה/רב	טלפון בבית	טלפון בעבודה	שם בית הספר
מסלול חינוכי (סוג כיתה)	מספר ילדים בכיתה	תאריך לועזי למילוי השאלון	תאריך עברי למילוי השאלון

האם התלמיד מקבל סיוע פרטני או בקבוצה קטנה במסגרת בית הספר? כן  לא   
אם כן, איזה:  שעות הוראה אישית  הוראה מתקנת  קלינאית תקשורת  מרפאה בעיסוק  אחר: \_\_\_\_\_  
משך ההיכרות עם הילד: \_\_\_\_\_

3 ציין/י לגבי הופעת התלמיד והכנת הציוד			
לבשו נקי ומסודר	מגיע בזמן לביה"ס	התיק מסודר, מביא ציוד כנדרש	מביא אוכל באופן מסודר
בד"כ לא	לעיתים	בד"כ כן	ישנו קשר (של המורה) עם ההורים

4 דרג/י את הישגי התלמיד ביחס לרב תלמידי הכתה				
טובים או טובים מאוד	בינוניים	מעט נמוכים	נמוכים מאוד	
				קריאה
				הבנת הנקרא
				חשבון

5 ציין/י לגבי הישגי התלמיד בכתיבה בהשוואה לרב תלמידי הכתה			
מתכן מטלות באופן הגיוני	מארגן חפציו על השולחן לקראת פעילות	כתב היד ברור ומסודר	כותב בשורות הנכונות
נמוך	ממוצע	טוב/טוב מאוד	שומר על רווחים נכונים בין האותיות ובין המילים
			קצב הכתיבה
			מאמץ בזמן הכתיבה

6

ציין/י לגבי תפקודו של הילד בהפסקות או שיעורי ספורט

אין הזדמנות	נמנע	מתקשה	בהתאם לגיל	
				רץ, קופץ ומשתתף במשחקי חצר בהפסקות משחק בכדור (בשיעור או בהפסקה)
				משתתף בשיעורי התעמלות
				נהנה מפעילות גופנית
<p>האם הילד מתעייף בקלות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>האם הילד איטי או מסורבל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>				

7

ציין/י לגבי השפה וצורת הדיבור של הילד

מתקשה מאוד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעל הצפוי לגיל	
				יכולת הבעה בעל פה
				יכולת הבעה בכתב
				הבנת הוראות
<p>האם לילד יש שיבושי היגוי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קלים <input type="checkbox"/> קשים</p> <p>האם לילד יש הפרעה בשטף הדיבור (גמגום)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קל <input type="checkbox"/> קשה</p> <p>האם דברי הילד מובנים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> קושי קל <input type="checkbox"/> קשה להבינו</p> <p>במידה וישנו קושי האם יש: <input type="checkbox"/> צרידות <input type="checkbox"/> קול חזק מדי <input type="checkbox"/> קול חלש מדי <input type="checkbox"/> פה פתוח <input type="checkbox"/> ריר</p>				

8

תפקוד כללי בכתה

אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
				מתקשה להתמקד בפעילות אחת לאורך זמן
				אינו שם לב לפרטים, טועה בשל רשלנות
				נראה שאינו מקשיב, בוהה, חולמני
				מאבד חפצים הדרושים לפעילות
				מתקשה לסיים מטלות שהתחיל
				מוסח בקלות
				נמנע ממטלות הדורשות ריכוז ומאמץ מחשבתי
				מתנועע בכסא ללא הרף
				מתקשה להישאר במקום כשמבקשים ממנו
				מדבר יותר מדי, מפטפט בשיעורים
				עונה לשאלות לפני שנשאלו עד הסוף
				מתפרץ לדברי אחרים
				נוגע בילדים אחרים או בחפציהם
<p>הערות נוספות: _____</p>				

**תפקוד חברתי**

אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	
				יזום קשר עם ילדים אחרים
				מצטרף לפעילות חברתית אם מציעים לו
				משחק עם ילדים אחרים בצורה תקינה והדדית
				גמיש, נינוח, "זורם"
				משתתף בשיחות (מדבר ומאזין לסירוגין)
				מזהה אם ילדים אחרים מתנכלים/מציקים לו
				מדבר על אותם נושאים שוב ושוב, תחומי עניין צרים
				מתקרב יותר מדי לאנשים (אינו שומר מרחק)
				נמנע מיצירת קשרים, מעדיף להתבודד
				רגישות מוגזמת למגע, רעש או ריחות
				מנסה להתייחד, אך נראה שאינו יודע כיצד לעשות זאת
				רגזן/תוקפן
				מגיב באלימות פיזית
				מגיב באלימות מילולית
				נתון להצקות מצד ילדים אחרים
				בטחון עצמי תקין
				מתנהג בצורה התואמת את גילו
הערות נוספות: _____				

**שאלות נוספות**

מהם התחומים בהם התלמיד חזק ומצליח?  
 \_\_\_\_\_

מהם התחומים בהם התלמיד מתקשה?  
 \_\_\_\_\_

האם חל שינוי בהתנהגותו של התלמיד מאז שאתה מכיר אותו?  
 כן  לא. אם כן, האם היה מקרה מסוים שאחריו הופיע שינוי בהתנהגות?  
 \_\_\_\_\_

האם ישנו מידע נוסף שחשוב לנו לדעת עליו?  
 \_\_\_\_\_

טופס הפנייה ליחידה להתפתחות הילד - שאלון לגננת

1 פרטים כלליים			
תאריך לידה	תעודת זהות	שם הילד	תאריך מילוי השאלון
טלפון בבית/נייד	מספר ילדים בגן	שם הגננת	משך ההיכרות עם הילד
2 פרטי הגן			
טלפון הגן	כתובת הגן	שם הגן	סוג הגן
			<input type="checkbox"/> גן חובה <input type="checkbox"/> טרום חובה <input type="checkbox"/> גנון

2 שאלות כלליות
סוג ההפניה ליחידה להתפתחות הילד: <input type="checkbox"/> ריפוי בעיסוק <input type="checkbox"/> תקשורת <input type="checkbox"/> פיזיותרפיה <input type="checkbox"/> אחר: _____ האם המסגרת רגילה או מיוחדת? _____ התרשמות כללית: האם הילד מגיע באופן קבוע ו/או אינו מאחר לגן? _____ הרגלי ניקיון: <input type="checkbox"/> בחיתולים <input type="checkbox"/> צריך תזכורת <input type="checkbox"/> עצמאי הרגלי אכילה: <input type="checkbox"/> אוכל לבד <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה האם מסיים לאכול בזמן סביר? _____ האם הילד זקוק לעזרה (מעבר לצפוי לגילו) בלבישת בגדים/מעיל? _____

3 תפקוד מוטורי גס (נא לסמן X במשבצת המתאימה)				
מתקשה מאד	מתקשה	מבצע	מפותח לגיל	תפקוד מוטורי גס בהתאם לגיל
				הליכה
				ריצה
				קפיצה
				עליה במדרגות/ירידה במדרגות (רגל אחרי רגל)
				משתמש/לא משתמש במתקני החצר
				האם ילדך נופל הרבה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

4 תפקוד מוטורי עדין (נא לסמן X במשבצת המתאימה)				
מתקשה מאד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעבר לגיל	מוטוריקה עדינה ותיאום יד-עין
				השחלת חרוזים/הדבקות/פלטילינה/בצק
				ציור, אחיזת עפרון וצבע
				גזירה
				הרכבת פאזלים
				הרכבת דגמים

**5 תחושה**

האם הילד נמנע/מחפש תחושה באופן חריג (חיבוק, ליטוף)?

האם הילד נמנע/מחפש מגע עם חומרים כגון חול/דבק/מים?

האם הילד נמנע/מחפש מרקמי מזון מסוימים כגון נזל/מוצק?

האם הילד מחפש/נמנע מנדנדוד חזק או משימוש במתקני החצר?

**6**
**שפה ותקשורת (נא לסמן X במשבצת המתאימה)**

מתקשה מאד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעבר לגיל	שפה ותקשורת
				אוצר מילים
				מבנה משפט תקין
				שיבושי היגוי
				יכולת לספר סיפור בהתאם לגיל
				עונה לעניין
				מבין הוראות
				שומר על קשר עין
				משחק משחק דמיוני
				יוצר קשר עם מבוגרים
				יוצר קשר עם ילדים
				מפריע לחבריו

 האם הילד דחוי חברתית?  כן  לא

 האם הילד סובל משיבושי היגוי?  כן  לא איזה?

 האם הילד סובל מריוור?  כן  לא

 האם הילד נוהג להישאר עם פה פעור?  כן  לא

 האם הילד נוהג להישאר עם לשון בחוץ?  כן  לא

 האם הילד סובל מגמגום?  כן  לא

הערות:

**7**
**הבנת הנלמד בגן (נא לסמן X במשבצת המתאימה)**

מתקשה מאד	מתקשה	בהתאם לגיל	מעבר לגיל	הבנת הנלמד בגן
				הבנת סיפורים
				הבנת מושגים (צבע, צורה, גודל)
				תפיסת הנושאים הנלמדים בגן

הערות:

**8 קשב וריכוז (נא לסמן X במשבצת המתאימה)**

קשב וריכוז	מעבר לגיל	בהתאם לגיל	מתקשה	מתקשה מאד
בעבודה יחידנית				
בעבודה בקבוצה קטנה				
בשעת ריכוז				

הערות: (מקשיב, מפריע, פסיבי וכו')

**9 התנהגות (נא לסמן X במשבצת המתאימה)**

התנהגות	בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות
מקבל את חוקי הגן			
ממושמע			
תוקפני			
מתנהג בצורה ילדותית			
חסר בטחון			

מצב רוח כללי:  עצוב  עליז  מאוזן  אחר:

**10 התנהגות יוצאת דופן (סמן בריבוע המתאים)**

<input type="checkbox"/> מרבה לבכות	<input type="checkbox"/> בעיות פרידה בבוקר
<input type="checkbox"/> טיקים	<input type="checkbox"/> מוצץ אצבע או מוצץ
<input type="checkbox"/> נוגע באבריו המוצנעים	<input type="checkbox"/> מרבה לחלום ולהזות בהקיץ
<input type="checkbox"/> סגור בעולמו שלו	<input type="checkbox"/> התפרצויות זעם
<input type="checkbox"/> חסר שקט, בתנועה מתמדת	<input type="checkbox"/> מגלה פחדים וחרדות
<input type="checkbox"/> דחוי חברתית	<input type="checkbox"/> בעיות נוספות:

**11 התרשמות כללית (אנא מלא/י את הטפסים הנלווים ורשמי בקצרה את התרשמותך הכללית על הילד/ה)**

---



---



---



---



---



---



---



---