

שאלון הורה לקראת אבחון פסיכולוגי

סוג האבחון המבוקש: פסיכולוגי/ פסיכודידקטי/ פסיכודיאגנוסטי (נא לסמן)

תאריך _____ גורם מפנה: הורה/מורה/גננת/מטפל/אחר _____
שם הילד (שם פרטי ומשפחה) _____ ת. לידה לועזי _____
ת. זהות: _____ כתה: _____
כתובת _____ טלפון _____ טל' נוסף _____
שם האם _____ ת. לידה _____ עיסוק _____ השכלה _____
שם האב _____ ת. לידה _____ עיסוק _____ השכלה _____
מצב משפחתי של ההורים: נשוי/גרוש/אלמן/חד-הורי/אחר _____
מסגרת חינוכית _____ חינוך רגיל/מיוחד _____ רופא מטפל _____
קופת חולים _____
אחים/אחיות(שם), גיל, מסגרת לימודים, בעיות בריאות או התפתחות/למידה/ריכוז): _____

רקע רפואי

הריון ספונטני/IVF/תקיין/בעיות (יליד, סוכרת, צירים מוקדמים, מחלות אם, אחר)

בדיקות שנעשו: סקירת מערכות/מי שפיר/בדיקות גנטיות/אחר _____
האם הלידה הייתה רגילה/זירוז/קיסרי, פרט _____
במועד/שבוע _____ משקל לידה _____ מהלך לאחר הלידה היה תקין/בעיות _____
מחלות עבר(אסטמה, דלקות אוזניים, דלקות ריאה, אשפוזים, חבלות, תאונות, תרופות, אחר) _____

בדיקת ראייה נעשה בשנת _____ תוצאות _____
בדיקת שמיעה, נעשה בשנת _____ תוצאות _____

רקע התפתחותי

מה היה המזג של ילדך כתינוק(נוח, מסתגל בקלות, ערני, סקרן, פסיבי, בכיין, תינוק "קשה") פרט

האם היו בעיות אכילה, בליעה, לעיסה או רתיעה ממאכלים/ מרקמים מסוימים-פרט

האם היו רגישויות למגע/ קול/רעשים/תנועות.

האם נמנע ממגע בחומרים כגון דבק, חול, צבעי אצבעות, אחר _____

האם רגיש לסוג מסוים של בגדים, גרביים, צווארון, פרט _____

האם נרתע כשנוגעים בו באופן בלתי צפוי? לא/ כן _____

האם מחפש מגע חזק עם ילדים:(האבקות, מכות, חיבוקים) _____

האם היו בעיות שינה/ הרדמות? עד איזה גיל? פרט _____

האם היו/יש נחירות בלילה? לא/ כן _____ האם היו/יש הפסקות נשימה בלילה?

לא/ כן _____

התפתחות מוטורית בינקות(גיל ישיבה, עמידה, זחילה, הליכה, דפוסי תנועה "מיוחדים" פרט _____

האם ילדך נהנה מפעילות גופנית? (גן שעשועים, חוגי ספורט) _____

האם הוא תנועתי במיוחד בבית? _____

האם חזק/ חלש/ מתעייף בקלות/מתלונן על כאבים בשרירים _____

האם משתפר בתחום המוטורי במהלך הזמן? כן/ לא _____

האם ילדך מסורבל, נתקל, נופל לעיתים קרובות? _____

האם מטפס לגובה? _____

רוכב על אופניים? _____

התפתחות השפה:

תקינה /איחור _____

באיזה גיל דיבר מילים? _____ משפטים? _____

האם כיום נוטה לדבר ולספר מיוזמתו או זקוק לעידוד _____

האם יש לו אוצר מילים נרחב? _____

האם היו/ קיימים שיבושי היגוי? _____

האם הדיבור שוטף? _____

האם קיים קושי בהבנת הוראות? _____

האם קיים קושי בהבנת שאלות? _____

שפות מדוברות עם הילד במשפחה כולל משפחה מורחבת, מטפלות
האם קיימות בעיות קול כגון צרידות, אינסוף(דיבור מהאף)?
תקשורת עם משפחה/סביבה(תקשורת מאד, יוזם תקשורת, פסיבי, "מתעלם", חרד).

התפתחות מוטוריקה עדינה-

תקינים/קשיים
האם רכש יד דומיננטית (משתמש בקביעות באותה יד)ימין/שמאל/ בגיל
האם נהנה מפעילות עדינה? (הרכבה, השחלה, גזירה)
האם אווז עיפרון ושולט בו? פרט:
כיצד מעדיף הילד לעבוד-בישיבה, שכיבה, עמידה
רכישת הרגלי ניקיון (גיל, בעיות מיוחדות)

הסתגלות למסגרות חוץ (מעון/ משפחתון/ גן)-גיל כניסה? מסגרת? קשיי פרידה? אחרים? פרט:

טיפולים התפתחותיים/הערכות פסיכולוגית/אחר, פרט סוג/מתי?

היסטוריה לימודית- גיל בית הספר

קשיים ברכישת הקריאה?
קשיים ברכישת הכתיבה?
קשיים בחשבון?
קשיים ברכישת הרגלי עבודה, סדר יום, השתתפות בכיתה?
קשיים בהשתלבות חברתית? בעיות התנהגות? (בכתה או בהפסקה/טיולים)

הערכות/טיפולים בבית הספר ומחוצה לו

היסטוריה חברתית-פנאי

מה המשחקים/פעילויות שילדכם אוהב?

חוגים? _____
האם יש כישרונות מיוחדים? _____

מצב חברתי

(מקובל מאוד/ מקובל/ חברים בודדים/ מתקשה ליצור קשרים, דחוי, קשרים עם ילדים גדולים/ צעירים ממנו, אחר) פרט _____

האם ילדך מתחבר בקלות עם בני גילו? _____
האם מעדיף להיות לבד/ חברת מבוגרים/ילדים גדולים/ ילדים צעירים ממנו? _____
מסתדר טוב יותר עם ילד אחד או מספר ילדים? _____
האם יש דאגות סביב תחום זה? _____

האם יש בעיות התנהגות מכל סוג המדאיגות אותך?(ווכחנות, נטייה להציק, מתחצף, הורס בכוונה, אוהב להצית אש, מגלה תוקפנות, מכה אחים או ילדים אחרים, קללות, השעיה מבית הספר? אחר?) פרט _____

האם יש לך דאגות סביב ההתמודדות הרגשית של הילד(ביטחון עצמי, דימוי עצמי, תחושת יכולת, התמודדות עם קשיים, עצב, הרגשת דחייה, אחר) פרט _____

האם יש לילדך דאגות מיוחדות (דאגן, חושש להיות לבד, פחדים, חשש מפרידה, אחר) פרט _____

האם יש תנועות חוזרות/טיקים? נטייה לקפדנות יתר/ סדר/ התנהגויות כפייתיות) _____

האם יש בעיות התארגנות/תפיסת זמן _____

תאר את המזג של ילדך (דרג את ההתנהגויות המאפיינות אותו):

	5	4	3	2	1	
פסיבי						אקטיבי
חסר מנוחה, בכיין						רגוע/נינוח
סדר יום בלתי צפוי						סדר יום צפוי ומסודר (אכילה, שינה)
טווח ריכוז קצר						מרוכז לאורך זמן
מתקשה לקבל שינויים						מסתגל למצבים חדשים
מגיב בעוצמה למצבים שונים						תגובות רגשיות לרוב מתונות
מרבה לכעוס ולרגוז						מצב רוח נעים ושמח
סף תסכול נמוך						מתמודד עם קושי
תלותי						עצמאי
חושש, חסר ביטחון						בטוח בעצמו

היסטוריה משפחתית- במשפחה הקרובה והנרחבת

מוצא ההורים _____ האם יש קרבת דם? _____
 מחלות נוירולוגיות(מחלות שריר, אפילפסיה, פיגור, שיתוק מוחין, אחר) _____

בעיות למידה/ריכוז וקשב/ טיפול תרופתי/חינוך מיוחד/הפרעות התפתחותיות _____

בעיות רגשיות/ פסיכיאטריות(דיכאון/הפרעות כפייתיות/ אחרות) _____
 האם היו מצבי משבר מיוחדים במשפחה לאחרונה(פרידה, גירושים, מוות של בן משפחה קרוב, מעבר דירה, אחר?) _____

סיכום:

מה הקשיים העיקריים לדעתך ומה הציפיות מהאבחון:

 עד כמה אתה מוטרד מהבדיקה? לא מוטרד כלל/ מוטרד מעט/ מוטרד/ מוטרד מאוד? _____

- אנא צרף סיכומים של עדכונים קודמים/ דוחות טיפול עדכניים/ מסמכים רפואיים אם קיימים.
- אתך הסליחה על השימוש במין זכר עבור 2 המינים בשאלון.

תודה רבה על זמנך!

הודעה לקראת אבחון

שלום רב!

מצו"ב שאלון להורים ושאלון למורה לקראת אבחון.
נבקשכם למלאות את השאלונים ולהחזיר אלינו.
רק לאחר מילוי השאלון יקבע תור לאבחון.

לתשומת לב:

- ילד/ה המקבל/ת באופן קבוע טיפול תרופתי כלשהוא, מתבקש להגיע לאבחון לאחר שקיבל את המינון הרגיל ע"פ הוראות הרופא.
- במידה והילד/ה עבר/ה בדיקות או אבחונים קודמים שממצאיהם רלוונטיים לאבחון הנוכחי, ההורים מתבקשים להביא את דו"ח הממצאים.
- במקרה של הורים גרושים - חובה להביא אישור חתום ע"י ההורה שלא מתגורר עם הילד.

לאחר קביעת תור אין אפשרות לבטל!

במקרה חריג יש להודיע עד 48 שעות לפני מועד האבחון.

ביטול ללא הודעה מראש / אי הגעה לאבחון יחויב בתשלום בסך 350 ₪!

הריני מאשר/ת שקיבלתי את האמור לעיל:

שם הילד: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____

בברכה

מכון מסילות - אשדוד