



יש חשיבות רבה למילוי הטופס במלואו (במחשב ולא בכתב יד)

ולהחזירו למייל: autismcenter@asaf.health.gov.il או לפקס- 08-9206311
תודה

טופס פניה לאבחון בספקטרום ASD – המרכז לאוטיזם

תאריך פניה: _____

שם משפחה:										שם הילד/ה:										מין: ז / נ																			
תאריך לידה:										/ / גיל:										ת.ז.:																			
כתובת: רח':										מס':										עיר:										טל' בבית:									
שם האם:										מצב משפחתי:										טל' נייד:																			
שם האב:										מצב משפחתי:										טל' נייד:																			
דוא"ל:										מבוטח בקופ"ח:																													
מסגרת חינוכית בו נמצא הילד/ה:																																							
מסגרת רגילה: (מעון יום/ פעוטון/ גן/ בי"ס - כיתה): _____																																							
מסגרת מיוחדת: (מעון יום שיקומי/ גן טיפולי/גן שפתי/גן תקשורת/שילוב בגן רגיל/סוג בי"ס): _____																																							
מי הגורם המפנה לאבחון בספקטרום האוטיזם: _____																																							
האם הילד/ה נמצא/ה כרגע בתהליך אבחון כלשהוא? כן/לא אם כן, פרט: _____																																							
סיבת הפניה לאבחון: אבחון ראשוני / חו"ד נוספת/ אחר: _____																																							
פירוט אבחונים קודמים : (חובה לציין)																																							
האם הילד אובחן בעבר ברצף האוטיזם? כן / לא אם כן, באיזה גיל? _____ היכן? _____																																							
פרט אבחנות: _____																																							
האם הילד עבר אבחון אחר או נוסף? _____																																							
האם יש בני משפחה מקירבה ראשונה שאובחנו על ספקטרום האוטיזם? לא / כן אם כן, פרט: _____																																							

תיאור תפקוד הילד/ה: (נא לפרט)

תאור הקשיים בתפקוד החברתי – (עם מבוגרים ועם בני גילו/ה):

תאור התחום השפתי- האם הילד/ה מדבר/ה ואם כן באיזו רמה (מילים בודדות, משפטים קצרים, מדבר בשטף וכו):

תאור התפקוד ההתנהגותי- (תחומי עניין ומשחק):

תאור התפקוד המוטורי-

דאגות עיקריות – בתחום החברתי-תקשורתי:

האם ישנה אפשרות להגעה מיידית/בהתראה של יום אחד במידה וישנו ביטול תור - כן / לא