



מרכז רפואי אסף הרופא מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת ת"א | צריפין 70300  
 המרפאה לנורולוגית ילדים, מנהל: ד"ר חיים בסן  
 malkamel@asaf.health.gov.il דוא"ל: 08-9779156 פקס: 08-9779150-1

**Assaf Harofeh Medical Center**

Affiliated to Sackler Faculty of Medicine Tel-Aviv University | Zerifin 70300 Israel

**Pediatric Neurology Clinic**, Director Haim Bassan M.D.

Tel: +972-8-9779150-1 Fax: +972-8-9779156 email: malkamel@asaf.health.gov.il



**מדבקה**

**שאלון רפואי כללי, מרפאה נורולוגית ילדים**

תאריך מלוי השאלון \_\_\_\_\_

הורים יקרים,

שאלון זה יהיה לעזר רב להבנתנו את ילדכם, אנא סמנו את התשובות המתאימות בתשומת לב. במידה ומופיעות שאלות שאינן רלוונטיות לילדכם, אנא מחקו אותן.

שם הילד/ה \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. האם \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. האב \_\_\_\_\_

כתובת: עיר \_\_\_\_\_ רח' \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_

טל' \_\_\_\_\_ טל נייד \_\_\_\_\_

באיזו קופ"ח אתם חברים: כללית, מכבי, מאוחדת, לאומית (הקיפו את התשובה)

מרפאת ילדים אליה משתייך ילדכם \_\_\_\_\_

שם רופא הילדים שלכם \_\_\_\_\_

טלפון של הרופא שלכם (קוי או סלולרי) \_\_\_\_\_

מה סיבת פניתכם אלינו ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חשוב לנו לדעת האם ילדכם בריא בדר"כ.

האם לילדכם בעיה רפואית כלשהי?, פרטו :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם ילדכם נוטל תרופות כלשהן ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

(אם כן, פרט \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_  
האם ילדכם עבר בדיקות כגון אולטרסאונד, איאיי (EEG), CT, MRI, בדיקה מטבולית, בדיקה גנטית?

אנא הקיפו אם רלוונטי

האם ילדכם עבר ניתוחים כלשהם? לא / כן (אם כן, פרט באיזה גיל התאשפז, מהי סיבת אישפוז ומהו שם ביה"ח)

\_\_\_\_\_

האם היו אשפוזים כלשהם? לא / כן (אם כן, פרט באיזה גיל התאשפז, מהי סיבת אישפוז ומהו שם ביה"ח)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם ילדכם מחוסן ע"פ תכנית טיפת חלב? לא / כן \_\_\_\_\_

האם לילדכם היתה אי פעם דלקת קרום המוח? לא / כן

האם היתה לילדכם תאונת דרכים? לא / כן

האם היתה חבלה בראש? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם לילדכם בעיות ראייה? לא / כן האם מרכיב משקפיים? לא / כן

האם לילדכם בעיית שמיעה? לא / כן

האם היו בעבר תשובת בדיקת שמיעה (או BERA) לא תקינות? לא / כן

האם לילדכם מכשיר שמיעה? לא / כן \_\_\_\_\_

האם ילדכם מתקשה להרדם? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם ילדכם מתעורר הרבה? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם ילדכם מתקשה באכילה לא / כן, עם מוצקים, נוזלים, קושי בבליעה, ברנות, סרבנות (הקיפו את הרלוונטי)

האם פולט או מקיא לעיתים תכופות? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

איך תאבוננו כעת? טוב / לא טוב

האם לילדכם יש הרטבה או בריחת צואה? לא / כן (הקף את התשובה הרלוונטית)

האם לילדכם בעיות בהתנהגות? לא / כן, פרט: בעיות קשב, הפראקטיביות, עצבנות, התנהגות

מתנגדת, קשיים חברתיים, התנהגות מוזרה, חרדה, דיכאון? (הקיפו את הרלוונטי)

**אנו זקוקים למידע נוסף אודות תקופת ההריון עם הילד/ה הנדון :**

כמה הריונות עברה האמא סה"כ? \_\_\_\_\_ האם היו לאם הפלות? לא / כן וכמה \_\_\_\_\_

האם הריון עם ילד זה הייה טבעי? לא / כן

במידה והריון לילד זה אינו טבעי, הקיפו את המתאים: טיפולים הורמונליים, IVF, תרומת זרע

האם עברה בקורת רפואית תקופתית בזמן ההריון? לא / כן

האם היתה בעיה ב-US טרום לידתי? לא / כן, פרט \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם עברה בדיקת מי שפיר בהריון של ילדה זה ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם קבלה תרופות במהלך ההריון? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם עישנה במהלך ההריון? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם חשה היטב את תנועות עובר? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם היתה ירידה \ או הפסקה בתנועות עובר? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם סבלה מדימומים וגינלים בהריון ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם עברה תאונה או חבלה בהריון ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם הייה חום (מעל 38) בהריון? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם סבלה משפעת, פריחה בהריון ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם עברה צלום רנטגן בהריון ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם סבלה מסכרת הריונית ? לא / כן (סמן: טיפול- דיאטה / טיפול- אינסולין) \_\_\_\_\_

האם סבלה מיתר לחץ דם/רעלת הריון? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם סבלה מבעיה רפואית אחרת בהריון ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

**בקשר ללידת הילד/ה הנדון:**

שם בית החולים בו נולד התינוק \_\_\_\_\_

באיזה שבוע נולד הילד/ה \_\_\_\_\_ מה היה משקל הלידה \_\_\_\_\_

האם הייה לאמא חום (מעל 38) ביום הלידה או יום לאחר הלידה ? לא / כן \_\_\_\_\_

האם הלידה הייתה טבעית (בלי זרוז)? לא / כן, או לאחר זרוז לא / כן \_\_\_\_\_

האם הלידה הייתה רגילה (וגינלית)? לא / כן \_\_\_\_\_

האם השתמשו בואקום (ש/ולפן ריק) לא / כן, או במלקחיים לא / כן \_\_\_\_\_

האם בוצע ניתוח קיסרי ? לא / כן \_\_\_\_\_

האם הניתוח הקיסרי : דחוף או מתוכנן (הקפי את התשובה המתאימה) \_\_\_\_\_

מה הייה ציון האפגר ? \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

**לגבי הימים הראשונים לאחר לידת הילד הנדון, בעת שהות בבית"ח:**

האם היתה צהבת שהצריכה טיפול באור? לא / כן \_\_\_\_\_ החלפת דם : לא / כן \_\_\_\_\_

האם היו בעיות בהאכלה ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם הונשם? לא / כן (פרט כמה זמן הנשם: \_\_\_\_\_)

האם היו התכווצויות (פרכוסים) ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם קיבל תרופות נגד התכווצויות ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם היו זיהומים כלשהם ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם עבר ניתוח ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

האם שוחרר מבית החולים עם טיפול תרופתי ? לא / כן פרט \_\_\_\_\_

כמה זמן עבר מיום הלידה ועד לשחרור מבית"ח ? \_\_\_\_\_

האם הנקת את ילדך ? לא / כן , כמה זמן \_\_\_\_\_

**אנא מסרו פרטים הנוגעים לגבי משפחת ילדכם:**

שם ומשפחה	ת. לידה	מס' שנות לימוד	דרגת השכלה מקסימלית	במה עוסק/ת
אב הילד/ה				
אם ילד/ה				

האם הורי הילד חיים יחד ? כן / לא \_\_\_\_\_

האם הורי הילד גרושים? לא / כן , פרודים ? לא / כן , חד הורית לא / כן , אחר: לא / כן

האם ההורים קרובי משפחה , דהיינו יש "קרבת דם" ביניהם : כן / לא פרט \_\_\_\_\_

מהי השפה המדוברת בבית? \_\_\_\_\_

האם לאמא מחלה או בעייה רפואית כלשהי ? לא / כן  
פרט \_\_\_\_\_

האם לאבא מחלה או בעייה רפואית כלשהי ? לא / כן  
פרט \_\_\_\_\_

**האם יש לכם ילדים נוספים ? (רשמו את כולם כולל הילד הנדון)**

מס'	שם הילד	מין	ת. לידה	מחלות כלשהם
1				
2				
3				
4				
5				

האם יש למישהו אחר במשפחתכם (בצד של האבא או בצד של האמא) בעיות רפואיות ?  
מתוך הרשימה הבאה, הקיפו את הבעיות שמופיעות במשפחה שלכם :

מיגרנה, שבץ מוחי (Stroke), אפילפסיה (מחלת הנפילה), שיתוק מוחין (CP), פיגור שכלי, אוטיזם ,  
נוון שרירים, לקות למידה, הפרעת קשב, הפראקטיביות, טיקים, נטייה לדימומים, נטייה לקרישה מוגברת, מקרה מוות של ילד, אחר-פרט \_\_\_\_\_

**כמה שאלות על התפתחות ילדכם:**

האם לדעתכם ילדכם מתפתח היטב, כמצופה ביחס לבני גילו ? לא / כן

באיזה גיל החל ילדכם ללכת ? \_\_\_\_\_

באיזה גיל החל ילדכם לדבר משפטים קצרים ? \_\_\_\_\_

באיזה תחום ילדכם מתקשה ? מוטוריקה גסה, מוטוריקה עדינה, שפה, הבנה, חברה, התנהגות  
(הקיפו את התשובה המתאימה לילדכם)

---

---

---

האם ילדך מקבל או קיבל אי פעם טיפולים כגון פזיותרפיה, ריפויי בעיסוק, קלינאית תקשורת,  
פסיכולוג, הדרכת הורים, עובד סוציאלי ? לא / כן . במידה והתשובה כן –אנא הקיפו את הטיפולים שקיבל.

האם ילדך לומד או למד במסגרת גן או בי"ס של חינוך מיוחד ? לא / כן . במידה והתשובה – כן- רשום את שם המסגרת (מסגרות) החינוכית \_\_\_\_\_

---

באיזה כיתה לומד ילדכם ? \_\_\_\_\_

האם ילדכם נעדר מהגן/מביה"ס ? כמה ימים הפסיד ילדכם בשלושה חודשים אחרונים ? \_\_\_\_\_

האם ילדכם למד/לומד בכיתה קטנה ? לא / כן

האם ילדכם מקבל שיעורים עזר פרטיים אחה"צ? לא / כן

#### ולסיום:

מי מלא שאלון זה \_\_\_\_\_ הקירבה לילד/ה \_\_\_\_\_

האם יש דברים נוספים שברצונכם לידע אותנו ?

---

---

---

**תודה רבה!**  
**צוות המרפאה לנוירולוגית ילדים**  
**מרכז רפואי אסף הרופא**