

התחנה לטיפול בילד ובנוער

ע"ש א' אילן

מסמך זה כולל מידע רפואי, אישי וסודי, המיועד לשימוש של המטופל ו/או הצוות המקצועי המטפל בו. המידע המוכלל במסמך זה מוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות והמוסרו שלא כדין עובר עבירה.

שאלון קליטה

פונים נכבדים,

בשאלון זה אנו מעוניינים בפרטים על הילד/ה שעבורו אתם מבקשים עזרה, ופרטים על הרקע המשפחתי. מילוי השאלון ביסודיות ובכנות יעזור לנו להבין את הילד/ה, את הסביבה שבה הוא גדל/ה ולתכנן בהתאם את ההתערבות הראשונית.

הנכם מתבקשים גם לציין פרטים על אנשי מקצוע נוספים (כמו מורה, רופא ועוד) איתם הייתם או הנכם מצויים בקשר בנוגע לילד/ה לגביו פניתם ולמשפחה. כמו כן, אם יש בידיכם מכתב הפניה או דו"ח של גורם טיפולי ו/או חינוכי חשוב לצרפו לפנייתכם.

לאחר מילוי השאלון ומסירתו למזכירות, תועבר הפניה לתהליך קלט בתחנה והצוות המקצועי יהיה עמכם בקשר תוך מספר שבועות. תהליך הקלט מהווה בירור מקיף של פנייתכם ובירור המענים הטיפוליים המתאימים עבורכם. תהליך זה יכול להיעשות רק בשיתוף פעולה מלא מצדכם, אחרת, נראה עצמינו מחויבים לתת קדימות לפונים נוספים של התחנה שזקוקים לעזרה.

תודה על שיתוף הפעולה

שם ממלא השאלון: _____

קרבתיך לילד/ה (הורה, אח וכו') _____

תאריך מילוי השאלון: _____

חתימת האב _____ חתימת האם _____

ילד/ה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____ מין: ז / נ
קופ"ח: _____ תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____
כתובת: _____ עם מי גר הילד _____
טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____ שם ביה"ס / גן _____
כיתה _____ שם מחנכת/גננת _____

משפחה:

אב:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____ תאריך לידה: _____
מצב משפחתי: _____ קופ"ח: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____
כתובת: _____ שנות השכלה: _____ מקצוע: _____
מקום עבודה ותפקיד _____ טלפון נייד: _____
כתובת מייל: _____

אם:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____ תאריך לידה: _____
מצב משפחתי: _____ קופ"ח: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____
כתובת: _____ שנות השכלה: _____ מקצוע: _____
מקום עבודה ותפקיד _____ טלפון נייד: _____
כתובת מייל: _____

אחים (גם אם לא גרים בבית) ובני משפחה נוספים (במידה וגרים בבית):

סוג קרבה	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	גר בבית / אחר	מוסד חינוכי
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			
			ז / נ			

_____ מהי השפה המדוברת בבית?
_____ כיצד היית מגדיר את הדתיות של המשפחה?
_____ האם מידת הדתיות בהסכמה בין ההורים?

פירוט הסיבה לפניה (האם קשורה לאירוע מסוים? וכמה זמן הבעיה קיימת?): _____

מדוע בחרת/ם לפנות עכשיו? _____

מי יזם את הפניה? _____

האם הילד/ה מבקש עזרה? _____

האם הילד/ה יודע/ת על הפניה לתחנה? _____

כשמדובר במתבגר/ת, מה עמדתו/ה לגבי הפניה? _____

האם שני ההורים מסכימים לפניה? **כן / לא** ; במידה ולא הסבירו _____

האם היו בדיקות או טיפולים אחרים (פסיכולוג, פסיכיאטר, נירולוג, עו"ס וכדומה)? נא לפרט? _____

האם היתה פניה קודמת לתחנה בנוגע לילד/ה? נא לפרט? _____

ובנוגע לבן משפחה אחר? _____

רקע התפתחותי – של הילד/ה (מראשית החיים ועד היום):

1. הריון ולידה:

האם היו קשיים להיכנס להריון? _____

האם היו קשיים במהלך ההריון או סיבוכים בלידה? _____

משקל התינוק/ת בלידה _____ אפגר _____

האם לאחר הלידה היו בעיות רפואיות או נפשיות (של האם ו/או התינוק)? _____

2. התפתחות – בכל תחום נא לתאר ולפרט את התהליך, הגיל ואם היו קשיים, ואילו:

	הנקה ואכילה
	גמילה מבקבוק/מוצץ
	שינה (הרדמות, התעוררות, רצף, משך, "חפץ מעבר")
	רגישויות חושיות (מגע, שמיעה, ראייה, תנועה)
	יצירת קשר ושפה (קשר עין, חיוך, קשב משותף, דיבור והבנת שפה)
	התפתחות תנועה (התהפכות, ישיבה, זחילה, הליכה, ציור כתיבה ועוד)
	גמילה מחיתולים (יבש/נקי - ביום/בלילה)

ציין מה המזג (טמפרמנט) של ילדך/תך?

3. מסגרות ראשונות מחוץ לבית (מטפלת / משפחתון / מעון / גן):

המסגרת	גיל	פירוט, כולל קשיים (פרידה/הסתגלות/התנהגות)?

4. כניסה לבית ספר:

האם התעוררה שאלה לגבי הבשלות לכיתה א'?

האם נעשתה בדיקת בשלות? ע"י מי?

מה היתה ההמלצה, ומה החליטו ההורים?

כיצד היו המעבר והכניסה לכיתה א'?

5. המצב כיום בבית"ס או בגן (חובה או טרום חובה):

תחומי תפקוד	נא לתאר ולפרט את התפקוד ואם יש קשיים? וסיוע במידה שניתן לילד/ה (בבית"ס ובבית)
לימודים/הישגים	
משמעת/התנהגות	
חברתי/רגשי	

6. כללי:

מהן התכונות הבולטות, תחומי החוזק והמעלות של ילדך/תך?

תאר את מצב הרוח הכללי של הילד/ה (שמחה, עצובה וכו')

באלו פעילויות מחוץ לבית נוטלת חלק (חוגים, ספורט, תנועת נוער)

תאר קשרים עם בני הגיל

האם יש משהו נוסף שאתם חושבים שחשוב שנדע אודות הילד/ה?

רקע רפואי של הילד/ה:

מי הרופא/ה המטפלת/ת בילד/ה? _____ טלפון _____
במידה וילד/ה ישנן בעיות רפואיות בולטות ו/או מתמשכות פרט _____

במידה שהיו - מחלה (קשה או ממושכת), חבלה (ראש?) או ניתוח, לילד/ה המופנה, נא לפרט:

מחלה או ניתוח	מתי קרה	מהלך ומשך הזמן

האם הילד/ה קיבל/ה או מקבל/ת תרופות?

שם התרופה	מינון	ממתי ובמשך כמה זמן

האם הילד/ה קיבל/ה או מקבל/ת טיפול פארא-רפואי כלשהו?

תחום	משך זמן או כמות טיפולים	היכן ו/או ע"י מי
קלינאית תקשורת		
ריפוי בעיסוק		
פיזיותרפיה		
אחר (כולל אלטרנטיבי)		

האם הילד/ה נחשף/ה לטראומה? _____

האם הילד/ה נחשף/ה לאלימות או נוהג/ת באלימות? _____

האם היתה חשיפה או גילויים של התנהגות מינית לא-הולמת? _____

האם קיימת התנהגות מסכנת וגורמי סיכון נוספים? _____

כשמדובר במתבגר/ת, האם נוהג/ת להשתמש באלכוהול ו/או בסמים או שקיימת התמכרות אחרת? _____

רקע של המשפחה:

נא לפרט מהו המצב המשפחתי (נישואין/גירושין/נישואין בשנית/משפחה חד-הורית – כולל תאריכים)

מהם תנאי המגורים של המשפחה (כולל מעברי דירות, מס' חדרים ונפשות בבית כיום ועם מי חולק הילד חדר)

מהי חלוקת האחריות ההורית (חוקית או בפועל)? והאם ההורים מסכימים על דרך גידול הילדים?

נא לתאר את היחסים והאווירה במשפחה:

א. יחסים בין ההורים (זוגיים ו/או בנוגע להורות)

ב. יחסי הורים-ילדים (בהתייחס ל: קירבה, הדדיות, גבולות, רגשות ושיתוף)

ג. יחסים בין הילדים/אחים במשפחה (בהתייחס ל: שותפות, יריבות, קירבה וקנאה)

האם לדעתכם הקושי של הילד/ה קשור למשהו שקרה בעבר או שקורה בהווה במשפחה? כיצד?

האם מישהו מבני המשפחה היה או נמצא בטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? נא לפרט?

האם אחד או יותר מהדברים הבאים קרה או קורה למישהו מבני המשפחה (במידה וכן יש לציין למי):

1. חשיפה לטראומה? נא לפרט

2. מוות של קרוב משפחה? נא לפרט

3. שימוש באלכוהול, סמים או התמכרות אחרת? נא לפרט

4. מחלה (קשה או ממושכת), ניתוח או אשפוז? נא לפרט

האם קיימים גורמים נוספים המכבידים ו/או מקשים על התפקוד ההורי והמשפחתי שחשוב שנדע עליהם? _____

מהם גורמי התמיכה של המשפחה (משפחה מורחבת, חברים ועוד) _____

פרטו כל דבר נוסף שחשוב שנדע בשלב הפניה _____

תודה על שיתוף הפעולה!