

אספקת שירותים רפואיים לתלמידים במסגרת החינוך המיוחד
הפרויקט מבוצע ע"י ביקורופא ע"פ מכרז מס' 10/4.2024
הפרויקט מבוצע עבור האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך

טופס מס 10 - שאלון רפואי טרם ביצוע טיפולים פולשניים

לכבוד הרופא המטפל שלום רב ,

התלמיד הרשום מטה לומד במסגרת החינוכית _____ סמל מוסד _____
על מנת שנוכל להתחיל במתן הטיפולים הפולשניים במוסד החינוכי, נבקשך למלא את השאלון הרפואי
המצורף. יש לצרף דף מידע רפואי הכולל את כל התרופות שהתלמיד נוטל באופן קבוע
אנו מודים לך על שיתוף הפעולה,

בברכה ,
האגף לחינוך מיוחד

פרטים אישיים		
שם מלא	מס' ת"ז	תאריך לידה

פרטי הרופא המטפל		
שם הרופא	כתובת המרפאה	טלפונים להתקשרות

אבחנות
1.
2.
3.
4.

רגישות לתרופות/ מזון/אלרגנים אחרים

שם הרופא: _____ חתימה ומס' רישיון: _____ תאריך: ____/____/____

אספקת שירותים רפואיים לתלמידים במסגרת החינוך המיוחד
הפרויקט מבוצע ע"י ביקורופא ע"פ מכרז מס' 10/4.2024
הפרויקט מבוצע עבור האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך

האם נדרש מזרק אפיפן : כן \ לא , מינון : _____.

הנחיות לשימוש באפיפן: _____

אפילפסיה : כן \ לא . אם כן, הנחיות לפינוי לבי"ח (אחרי כמה דקות) _____

הנחיה למתן בוקולם\ תרופה אחרת בזמן פרכוס _____

חיסונים: MMRV תאריך מתן _____, DTP תאריך מתן _____

PREVENAR תאריך מתן _____

ניידות: עצמאי \ הליכון \ כיסא גלגלים \ סיעודי מרותק למיטה

נא למלא את כל הפרטים לגבי סוג הטיפול הפולשני הנדרש:

הזנה באמצעות גסטרוסטום במסגרת המוסד החינוכי

אנא השלם את הפרטים שלהלן:			
סוגי הפורמולות הנדרשות	כמות	שעות ההזנה הנדרשות	קצב ההזנה
1.	CC	:	
2.	CC	:	
האם ניתן להאכיל את התלמיד דרך הפה ?	כן/לא נא לסמן בעיגול את התשובה	במידה וכן , האם כלכלה מוצקה / רכה	
האם ניתן לתת שתייה לתלמיד דרך הפה ?	כן/לא	הערות	
שטיפה / מתן מים	כמות (מ"ל) : _____	בפוש במזרק\ בקצב _____	שעות מתן : _____ : _____ : _____

שם הרופא: _____ חתימה ומס' רישיון: _____ תאריך: ____/____/____

צנתור שלפוחית השתן במסגרת המוסד החינוכי

אנא השלם את הפרטים שלהלן :			
סוג הצנתר	קוטר הצנתר	שעות הצנתורים במסגרת	מדידת כמות שתן
			כן \ לא

סקשן - שאיבת הפרשות מדרכי הנשימה העליונות

אנא השלם את הפרטים שלהלן :		
מספר השאיבות שיש לבצע	מועדי שאיבות מומלצים	סקשן מקנולה \ חלל הפה \ אף

מתן חמצן – במידה ורלוונטי יש למלא גם את טופס מס 12 -התוויות לטיפול במתן חמצן

אנא השלם את הפרטים שלהלן :		
אינדיקציות למתן חמצן (מאיזו SAT \ בזמן שינה)	ריכוז החמצן ומשך מתן עד לפינוי	סוג – בלון/ מחולל חמצן
מתן באמצעות מסכה / משקפיים / קנולה	חמצן קבוע/ ע"פ צורך	הערות

מתן תרופות קבועות

אנא השלם את הפרטים שלהלן :		
שם תרופה	מינון ואופן מתן	שעת מתן

שם הרופא: _____ חתימה ומס' רישיון: _____ תאריך: ____/____/____

טיפול בסוכרת

טווח רצוי של ערכי גלוקוז בדם _____
הנחיות ברורות לגבי מתן האינסולין (נא לצרף טבלת מינון אינסולין ביחס לערכי הגלוקוז בטיפול במזרק או
ערכי תיקון במשאבת אינסולין) _____
הנחיות לפעילות גופנית ומצבי סטרט

הנחיות למתן גלוקגון במצבי חירום כולל מינון

הנחיות מפורטות לטיפול במצבי היפוגליקמיה

הנחיות מפורטות לטיפול במצבי היפרגליקמיה

זמן המתנה בין מתן אינסולין אחד לשני לתיקון

יחס פחמימה אינסולין בטיפול במשאבת אינסולין

אנא השלם את הפרטים שלהלן:

שעות מתן	אופן מתן משאבה / מזרק/ עט	סוג האינסולין

*****מהם מצבי החירום הרפואיים הדורשים פינוי לבי"ח ?**

*****אישור יציאה לטיולים**

האם מבחינה רפואית ניתן לאשר יציאה לטיולים/ פעילות מחוץ למסגרת החינוכית בשעות הפעילות

הרגילות בכפוף לרצון ההורים? כן/לא

הנחיות מיוחדות/הגבלות עבור טיול

ציוד נדרש

במידה והטיול מעבר לשעות הפעילות הרגילות/כוללות לינה – יש למלא טופס ייעודי מס' 15 - בקשת

יציאת תלמיד/ה לפעילות חוץ בית ספרית

שם הרופא: _____ חתימה ומס' רישיון: _____ תאריך: ____/____/____