**פרטים אישיים**

שנה"ל:       תאריך:
שם התלמיד:       ת.ז.       תאריך לידה:

מוסד חינוכי:       כיתה

כתובת:       קומת מגורים:      גישה לדירה:
שמות ההורים:
טלפונים:

אבחנות:

מהלך הריון/ התפתחות:

ניתוחים/התערבויות רפואיות:

קונטרה-אינדיקציה טיפולית:       נקבע ע"י:

 תרופות קבועות:

GMFCS\*      MACSֹ\*       \*CFCS      \*EDACS      (בילדים עם CP)

**ביקורת רפואיות אחרונות**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הרופא המטפל | תחום מומחיות  | תאריך ביקורת | קיים דוח סיכום מתאריך: |
|  | נוירולוג (אפילפסיולוג) |  |  |
|  | אורטופד |  |  |
|  | עיניים |  |  |
|  | א.א.ג – שמיעה  |  |  |
|  | פסיכיאטר |  |  |

**טיפולים בקהילה**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תחום הטיפול | גורם מטפל (קופח/פרטי) | שם מטפל | הערות |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**שימוש בעזרים :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | פרטים  |  |
| משקפיים  |  |  |
| מכשיר שמיעה |  |  |
| טכנולוגיה מסייעת: אייפד, מחשב נייד, ועוד |  |  |
| תת"ח : PCS, מחשב, מערכת עקיבת מבט, טובי ועוד |  |  |
| אחר  |  |  |

**שימוש באביזרי עזר לנידות**: (סדים לרגליים, הליכונים , קביים וכיסא גלגלים ידני או ממונע)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סדי רגליים מסוג\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| סדי ידיים |  |  |
| עזרי הליכה מסוג\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| כסא גלגלים ידני  |  |  |
| כסא גלגלים ממונע  |  |  |

**אבחון דידקטי/פסיכודידקטי**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סוג האבחון | תאריך | עיקרי הממצאים |
|  |  |  |
|  |  |  |

שם מטפל :