

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

## מרפאת מעקב פגים בסיכון גבוה שאלון הורים

### הורים יקרים,

שאלון זה יהיה לנו לעזר רב, אנא סמנו את התשובות המתאימות ומלאו את החסר בתשומת לב. באם אינך יודעת את התשובה כתבי "איני יודעת", באם יש צורך בכך הוסף/פי פרטים נוספים. למטרה זו אתה יכולה להשתמש בצד האחורי של הדפים.

בברכה

### צוות מרפאת מעקב פגים בסיכון גבוה

תאריך מילוי השאלון \_\_\_\_\_  
שם הילד/ה \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת: עיר \_\_\_\_\_ רח' \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ דירה \_\_\_\_\_  
בית \_\_\_\_\_ אב \_\_\_\_\_ אמ \_\_\_\_\_  
דוא"ל \_\_\_\_\_  
טיפת חלב אליה אתם משתייכים \_\_\_\_\_  
שם וכתובת של בתי חולים, מרפאות או מרכזים בהם עבר ילדכם בדיקות כלשהן \_\_\_\_\_

קופ"ח אליה הנכם משתייכים: כללית, מכבי, מאוחדת, לאומית

האם יש קרבה משפחתית בין ההורים: כן / לא פרט \_\_\_\_\_

### האם לפני ההריון עם הילד/ה הנדון היתה לאם:

מחלה כלשהי : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
ניתוח : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
טיפול תרופתי כרוני : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
בעיה רפואית אחרת : לא / כן פרט \_\_\_\_\_

### השאלות הבאות מתייחסות לאם במשך תקופת ההריון:

תזונה רגילה : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
טיפול תרופתי : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
עישון : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
תנועות עובר : לא / כן פרט \_\_\_\_\_

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100

טל: \*8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 | 6 Weizman St. Tel Aviv

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

דימומים : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
תאונה רצינית כלשהי: לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
מחלה חום כלשהי או תפוחת : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
צלומי רנטגן : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
סכרת הריונית : לא / כן (טיפול דיאטה/טיפול אינסולין) \_\_\_\_\_  
יתר לחץ דם/רעלת הריון : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
בעיה רפואית אחרת : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם בוצעה בקורת רפואית תקופתית בזמן ההריון : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם היתה בעיה ב-US טרום לידתי : לא / כן פרט \_\_\_\_\_

**לידת הילד:**

בית החולים בו נולדה/ה \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ באיזה שבוע נולד הילד/ה \_\_\_\_\_  
משקל לידה \_\_\_\_\_ הלידה החלה: טבעית (ספונטנית) / לאחר זרוז  
מה היה משך הלידה \_\_\_\_\_  
האם היו בעיות במוניטור (דופק) העוברי : לא / כן  
האם היה לך דימום סמוך ללידה : לא / כן  
האם הילד נולד: עם הראש תחילה / רגלים תחילה / עכוז / ניתוח קיסרי - דחוף / מתוכנן  
האם השתמשו במלקחיים/שולפן ריק (ואקום) : לא / כן  
האם התינוק נשם מיד לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
הערות נוספות לגבי הלידה \_\_\_\_\_

**בזמן שהותו של התינוק בפגיה:**

האם היו בעיות בהאכלה : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם הונשם? : לא / כן פרט כמה זמן: \_\_\_\_\_  
האם היתה צהבת שהצריכה טיפול באור: לא / כן החלפת דם: לא / כן  
האם היו התכווצויות (פרכוסים): לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם קיבל תרופות נגד התכווצויות: לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
הזומים כלשהם : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם עבר ניתוח : לא / כן פרט \_\_\_\_\_  
האם שוחרר מהפגיה עם טיפול תרופתי: לא / כן פרט \_\_\_\_\_

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

**לאחר השחרור מביה"ח:**

- האם בכה הרבה : לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- האם התקשה לאכול : לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- האם פלט או הקיא לעיתים תכופות: לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- האם התקשה לישון : לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- האם הרגיע את עצמו : לא / כן פרט \_\_\_\_\_

**תזונת הילד**

- האם הנקת : לא / כן כמה זמן \_\_\_\_\_
- האם הילדך מקבל פורמולה : לא / כן איזה? \_\_\_\_\_
- האם קיבל ויטמינים : לא / כן פרט \_\_\_\_\_
- האם תאבוננו כעת : טוב, סביר, רע \_\_\_\_\_
- כמה ארוחות ליום אוכל ילדך \_\_\_\_\_ מהי כמות המזון לכל ארוחה \_\_\_\_\_
- האם קשה להאכיל את ילדך : כן, לא, קצת \_\_\_\_\_
- האם לילדך אלרגיה או אי סבילות לפורמולה כלשהי? \_\_\_\_\_
- האם צריך להאכיל את ילדך בכוח : כן, לא, לעיתים פרט \_\_\_\_\_

האם היתה או יש לילדך בעיה רפואית מאז שחרורו מהפגיה?

האם היו אשפוזים כלשהם: תאריך, שם וכתובת בית החולים והסיבה לאשפוז:

**באילו תחומים אתם מרגישים שהנכם זקוקים לעזרה**

פרט	כן	לא	
			הערכה רפואית
			טיפול בילד בבית
			הסתגלות לסביבה
			תכנון לטיפול בעתיד
			האכלה:סוגי פורמולה
			שינה
			גריה ומשחק

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100

טל: \*8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906, 6 Weizman St. Tel Aviv

The institute for child development

המכון להתפתחות הילד

**פרטי הורי הילד:**

שם ומשפחה	תאריך לידה	ארץ לידה	מס' שנות לימוד	עיסוק
אב הילד/ה				
אם הילד/ה				

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

**הריונות האם (כולל הילד הנדון)**

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

האם היו הפלות -  לא,  כן, כמה \_\_\_\_\_

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

האם נתקלת בבעיות כלשהן בעת מילוי השאלון הזה? \_\_\_\_\_

אם כן מהן: \_\_\_\_\_

מהי השפה המדוברת בבית? \_\_\_\_\_

ניתן להשיב את השאלון למכון באמצעות פקס 03-6974100 או דואל: [ndchild@tlvmc.gov.il](mailto:ndchild@tlvmc.gov.il)

תודה

טל': 03-6947333 | פקס: 03-6974100

טל: \*8801 | [www.tasmc.org.il](http://www.tasmc.org.il) | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906, 6 Weizman St. Tel Aviv