

שאלון להורים

תאריך מילוי השאלון: _____

להורה שלום,

המידע אודות תפקוד הילד/ה חשוב לנו מאוד ועוזר בתהליך המיון. אנא מלא/י את כל השאלות בשאלון בפירוט, אלא אם צוין אחרת.

שם ממלא השאלון: _____ יוזם הפנייה: _____

פרטי הילד/ה

שם:	תעודת זהות:
גיל:	

מהי המסגרת החינוכית של הילד/ה?

- ☐ מעון/משפחתון ☐ מעון שיקומי ☐ גן פרטי ☐ גן עירוני/מועצה/מושב ☐ גן חינוך מיוחד ☐ כיתה רגילה עם סיוע
☐ בית ספר חינוך מיוחד ☐ כיתה חינוך מיוחד בבית ספר רגיל ☐ לא במסגרת חינוכית

סיבת הפנייה למכון להתפתחות הילד:

- ☐ מוטוריקה גסה ☐ מוטוריקה עדינה ☐ תקשורת ☐ שפה ☐ קשב וריכוז ☐ רגשי/התנהגותי ☐ וויסות חושי ☐ אכילה
☐ מעקב פגים (ניתן לסמן מס' נושאים) ☐ אחר: פרט _____

פרטי משפחה

הורה: ☐ אב ☐ אם	שם ההורה:	שנת לידה:
השכלה: ☐ יסודי עד 8 שנות לימוד ☐ תיכוני עד 12 שנות לימוד ☐ על תיכוני - מסלול מקצועי		
☐ אקדמי - תואר ראשון ☐ אקדמי - תואר שני ☐ אקדמי - תואר שלישי		
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מקצוע:
מקום עבודה:	נייד:	מייל:

הורה: ☐ אב ☐ אם	שם ההורה:	שנת לידה:
השכלה: ☐ יסודי עד 8 שנות לימוד ☐ תיכוני עד 12 שנות לימוד ☐ על תיכוני - מסלול מקצועי		
☐ אקדמי - תואר ראשון ☐ אקדמי - תואר שני ☐ אקדמי - תואר שלישי		
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מקצוע:
מקום עבודה:	נייד:	מייל:

מצב משפחתי: ☐ נשואים ☐ ידועים בציבור ☐ הורות משותפת* ☐ פרודים* ☐ הורה יחידני ☐ גרושים*
 (שנת הגירושין: _____) ☐ אלמן/ה

באיזו שפה מדברים בבית? (ניתן לסמן יותר משפה אחת) ☐ עברית ☐ אנגלית ☐ ערבית ☐ יידיש ☐ צרפתית ☐ רוסית
☐ טגריט ☐ אמהרית

האם אתם משמשים משפחת אומנה* לילד/ה? ☐ כן ☐ לא (אם ענית כן, אנא צרף/י אישור אומנה חתום)

האם אתם משמשים משפחה מאמצת* לילד/ה? ☐ כן ☐ לא (אם ענית כן, אנא צרף/י אישור אימוץ חתום)

האם ישנה קרבת דם בין ההורים הביולוגיים של הילד/ה? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

האם האב הביולוגי ללא בעיות בריאות, בעיה נוירולוגית, היסטוריה של בעיית התפתחות או של לימודים בחינוך מיוחד?
☐ נכון ☐ לא נכון ☐ לא ידוע אם ענית לא נכון, פרט/י _____

האם כל האחים/יות של האב הביולוגי וילדיהם ללא בעיות בריאות, בעיה נוירולוגית, היסטוריה של בעיית התפתחות או של לימודים בחינוך מיוחד?
☐ נכון ☐ לא נכון ☐ לא ידוע אם ענית לא נכון, פרט/י _____

האם האם הביולוגית ללא בעיות בריאות, בעיה נויורולוגית, היסטוריה של בעיית התפתחות או של לימודים בחינוך מיוחד? ☐ נכון ☐ לא נכון ☐ לא ידוע אם ענית לא נכון, פרט/י _____

האם כל האחים/יות של האם הביולוגית וילדיהם ללא בעיות בריאות, בעיה נויורולוגית, היסטוריה של בעיית התפתחות או של לימודים בחינוך מיוחד? ☐ נכון ☐ לא נכון ☐ לא ידוע אם ענית לא נכון, פרט/י _____

האם יש לילד/ה אחים/יות ביולוגיים? ☐ כן מספר האחים/ות _____ ☐ לא ☐ לא ידוע

אם ענית כן, האם כל האחים/יות הביולוגיים ללא בעיות בריאות, בעיה נויורולוגית, היסטוריה של בעיית התפתחות או של לימודים בחינוך מיוחד? ☐ נכון ☐ לא נכון ☐ לא ידוע אם ענית לא נכון, פרט/י _____

היריון ולידה

האם ההיריון היה תוצאה של טיפולי פוריות או IVF? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע
כמה שבועות נמשך ההיריון? _____

האם במהלך ההיריון ניטלה חומצה פולית? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

האם מהלך ההיריון היה תקין? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע אם ענית לא, פרט/י: _____

האם במהלך ההיריון היו: ☐ מחלת חום ☐ סכרת ☐ יתר לחץ דם ☐ דימומים ☐ אישפוזים
פרט/י _____

האם יש היסטוריה של הפלות? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע אם ענית כן, פרט/י: _____

האם היה שימוש בתרופות כלשהן במהלך ההיריון? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע
אם ענית כן, ציין/י אלו תרופות: _____

האם בוצעה סקירת מערכות?	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה?	☐ תקין	☐ לא תקין	☐ לא ידוע
האם בוצעה בדיקת סקר גנטי?	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה?	☐ תקין	☐ לא תקין	☐ לא ידוע
האם דווח על ריבוי מי שפיר?	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
האם במהלך ההיריון בוצעה בדיקת מי שפיר	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה?	☐ תקין	☐ לא תקין	☐ לא ידוע
האם במהלך ההיריון בוצעה בדיקת אקו לב עובר?	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה?	☐ תקין	☐ לא תקין	☐ לא ידוע
האם במהלך ההיריון בוצעה בדיקת MRI?	☐ כן	☐ לא	☐ לא ידוע
אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה?	☐ תקין	☐ לא תקין	☐ לא ידוע
איזו לידה זו הייתה?	☐ רגילה	☐ ניתוח קיסרי	☐ לידת מכשירים (ואקום או מלקחיים)
אם ענית כן על ניתוח קיסרי, מדוע בוצע הניתוח?	☐ מצוקה עוברית	☐ בריאות האם	☐ בקשת האם
	☐ ניתוחים קודמים		

פרט/י _____

האם הילד/ה נזקק/ה להחייאה בלידה? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע
 האם הייתה שהות בפגייה? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע
 אם ענית כן, כמה ימים?

האם ידוע ציון האפגר? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע
 אם ענית כן, מה הציון בדקה 1, מ-10-1? מה הציון בדקה 5, מ-10-1?
 האם הילד/ה טופל/ה באור בשל צהבת? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

בדיקות והתייעצויות קודמות

האם בוצעה בדיקת ראייה? (בדיקה זו נדרשת אם סיבת הפנייה למכון היא מוטוריקה עדינה)
☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע (אם ענית כן, יש לצרף את תוצאות הבדיקה)

האם בוצעה בדיקת שמיעה? (בדיקה זו נדרשת אם סיבת הפנייה למכון היא תקשורת או שפה)
☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע (אם ענית כן, יש לצרף את תוצאות הבדיקה)

האם בוצעה בדיקת EEG ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה? ☐ תקין ☐ לא תקין ☐ לא ידוע

האם בוצעה בדיקת הדמיה מוחית (CT, MRI, אולטרסאונד מוח)? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה? ☐ תקין ☐ לא תקין ☐ לא ידוע

האם בוצעה בדיקת ייעוץ נירולוגי גנטי או מטבולי? ☐ כן ☐ לא ☐ לא ידוע

אם ענית כן, מה היו תוצאות הבדיקה? ☐ תקין ☐ לא תקין ☐ לא ידוע

מצב בריאותי

האם הילד/ה סובל/ת ממחלות כרוניות כלשהן? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

האם הילד/ה נוטל/ת תרופה באופן קבוע? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

האם הילד/ה עבר ניתוח כלשהו? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

האם הילד/ה עבר/ה ניתוח כלשהו? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

האם הילד/ה אושפז/ה בעבר? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

סקר התפתחותי

מוטוריקה גסה

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						זחילה/הליכה/ריצה
						שימוש במתקני חצר, כגון: מגלשה/סולם/נדנדה
						משחק בכדור
						תנועה/ריקוד/פעילות גופנית

האם הייתה נסיגה ביכולות בתחום המוטוריקה הגסה? ☐ כן ☐ לא

יש עוד משהו שחשוב שנדע בנוגע למוטוריקה הגסה של ילדכם? _____

מוטוריקה עדינה - פעילות ידיים, תאום עין יד וגרפומוטוריקה

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						עבודות הרכבה כגון: משחק בלגו, קוביות
						אחיזה בעיפרון/צבע
						ציור
						הדבקה/שימוש במספריים/קריעת נייר

האם היתה נסיגה ביכולות בתחום המוטוריקה העדינה? ☐ כן ☐ לא

יש עוד משהו שחשוב שנדע בנוגע למוטוריקה העדינה של ילדכם? _____

שפה - הבנה ודיבור

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						יכולות השפה של הילד ביחס לבני גילו
						הבנה של מלים בודדות, צירופי מלים ומשפטים
						הבנה של הוראות פשוטות ומורכבות
						הבעה של מלים בודדות, צירופי מלים ומשפטים
						דיבור מובן וברור ללא שיבושים

האם היתה נסיגה ביכולות בתחום השפה? ☐ כן ☐ לא

יש עוד משהו שחשוב שנדע בנוגע לשפה - הבנה ודיבור של ילדכם?

תקשורת

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						יצירת קשר עין
						פנייה, יצירת קשר ושיתוף ילדות וילדים אחרים
						היענות ליוזמה חברתית של ילדות וילדים אחרים
						פנייה לעזרה כשיש בעייה

האם היתה נסיגה ביכולות בתחום התקשורת? ☐ כן ☐ לא פרטי

יש למלא את הטבלה הבאה רק במידה וסימנת באחת מהשאלות בחלק של התקשורת "קושי בינוני/קושי רב מאוד" או שסימנת "כן" לגבי נסיגה בהתפתחות

לא	כן	
		האם הילד/ה נהנה/ית כאשר מנדנדים אותו/ה, כשמקפצים אותו/ה על הברכיים, וכו'?
		האם הילד/ה מגלה עניין בילדים אחרים?
		האם הילד/ה אוהב/ת לטפס על דברים, כגון לטפס מדרגות?
		האם הילד/ה נהנה/ית לשחק "קוקו" או מחבואים?
		האם אי פעם קורה שהילד/ה משחק/ת ב"כאילו" או בפנטומימה? לדוגמה: עושה כאילו מדבר/ת בטלפון או מטפל/ת בבובות או משחק/ת ב"כאילו" בדברים אחרים?
		אם אי פעם קורה שהילד/ה מצביע/ה באצבע אחת כדי לבקש משהו?
		האם אי פעם קורה שהילד/ה מצביע/ה באצבע אחת כדי להביע עניין במשהו?
		האם הילד/ה יכול/ה לשחק באופן מתאים עם צעצועים (לדוגמה: מכוניות או קוביות) בלי שרק ת/יכניס אותם לפה, ת/ימשש אותם או ת/יזרוק אותם?
		האם אי פעם קורה שהילד/ה מביא לך (הורה) חפצים בכדי להראות לך משהו?
		האם הילד/ה מסתכל/ת לך בעיניים ליותר משניה אחת או שתיים?
		האם אי פעם נדמה כי הילד/ה רגיש/ה יתר על המידה לרעשים (לדוגמה: מכסה את אוזניו/ה)?
		האם הילד/ה מחייכ/ת בתגובה לפנים שלך או לחיוך שלך?
		האם הילד/ה מנסה לחקות דברים שאת/ה עושה? (לדוגמה: את/ה עושה פרצוף מצחיק - האם הילד/ה מחקה אותך)?
		האם הילד/ה מגיב/ה כשאת קוראת לו בשמו/ה?
		אם את/ה מצביע/ה על צעצוע מסוים בקצה השני של החדר, האם הילד/ה מביט/ה עליו?
		האם הילד/ה הולכ/ת?
		האם הילד/ה עושה תנועות בלתי רגילות עם אצבעותיו/ה בקרבת פניו/ה?
		האם הילד/ה מנסה למשוך את תשומת ליבך לפעילות שלו?
		האם אי פעם תהית האם הילד/ה חרש/ת?
		האם הילד/ה מבין/ה מה שאנשים אומרים?
		האם הילד/ה לפעמים בוהה באוויר או משוטט/ת ללא מטרה?
		האם הילד/ה מסתכל/ת על פניך לבדוק מה תגובתך, כאשר קורה משהו לא מוכר?

תפקוד בפעולות היום יום

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						אכילה עצמאית
						עצמאות בלבוש ופשיטת בגדים
						שליטה על צרכים

האם היתה נסיגה ביכולות פעולות היום יום? ☐ כן ☐ לא פרטי/י

קושי רב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	לא רלוונטי	
						חוזה פחד
						התנהגות אלימה
						התפרצויות זעם
						בעיות אכילה
						בעיות שינה

האם היתה נסיגה בתחום ההתנהגות? ☐ כן ☐ לא פרטי

כללי

חוזקות עיקריות של הילד/ה, פרטי

קשיים ואתגרים עיקריים של הילד/ה, פרטי

בעיות רפואיות

האם הילד/ה סובל/ת מבעיות נוירולוגיות?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם הילד/ה סובל/ת מפרכוסים?

☐ כן ☐ לא פרטי

אירועים בהם הילד/ה קפוא/ה ובוהה באמצע פעילות

☐ כן ☐ לא פרטי

האם הילד/ה איבד הכרה?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה טיקים/תנועות לא רצוניות?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם הילד/ה סובל/ת מחוסר יציבות, נטייה לנפילות חוזרות?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה קושי בראייה, קושי בשמיעה, קושי בבליעה?

☐ כן ☐ לא פרטי

בעיות רפואיות אחרות

האם יש לילד/ה בעיות בלב?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם הילד/ה סובל/ת מאסטמה?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה נטייה לשיעול בלילה?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה דלקות ריאה חוזרות?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם הילד/ה נוחר/ת בלילה?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה בעיות בטן/אגן?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה נטייה לעצירות?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה נטייה לשלשולים?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה בעיות בדרכי השתן?

☐ כן ☐ לא פרטי

האם יש לילד/ה דלקות חוזרות בדרכי השתן?

☐ כן ☐ לא פרטי

יש למלא את הטבלה לילד/ה מגיל 4 ומעלה.

סימפוטמים

אף פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד		
האם במהלך ששת החודשים האחרונים הילד/ה:					
				מתקשה לשים לב לפרטים או עושה טעויות מחוסר תשומת לב בשיעורי הבית או בפעילויות אחרות	1
				מתקשה להתמיד במתן תשומת לב למשימות שנדרש לבצע	2
				נראה כי לא מקשיב/ה למה שאומרים לו/ה	3
				מתקשה למלא הוראות ולסיים פעילויות ומטלות (לא בשל סרבנות או חוסר הבנה)	4
				מתקשה בארגון של משימות ומטלות	5
				נמנע/ת או נרתע/ת מלבצע משימות הדורשות ריכוז ומחשבה מתמשכים	6
				מאבד/ת חפצים הדרושים לפעילויות ולמשימות שונות, כמו צעצועים, כלי כתיבה וספרים	7
				גירויים ורעשים חיצוניים מסיחים בקלות את דעתו/ה	8
				מבולבל/ת ושכחני/ת בפעילויות יום-יומיות	9
				יושב/ת בחוסר מנוחה, מרבה להזיז ידיים ורגליים	10
				עוזב/ת את הכיסא שלו במצבים שבהם מצופה להישאר לשבת	11
				מרבה לרוץ או לטפס במצבים שאינם מתאימים לכך	12
				מתקשה לשחק או להעסיק את עצמו/ה בפעילויות פנאי שקטות ורגועות	13
				חסר/ת מנוחה, נמצא/ת בפעילות מתמדת, מתנהג/ת כאילו מונע/ת על-ידי מנוע	14
				מדבר/ת יותר מדי, פטפטן/ת	15
				מתפרצ/ת ועונה לשאלות לפני שסיימו לשאול אותן	16
				מתקשה לחכות לתורו/ה	17
				מפריע/ה או מתערב/ת בשיחות או בפעילויות של אחרים	18
				מתווכח/ת עם מבוגרים	19
				מאבד/ת עשתונות	20
				מתנגד/ת או מסרב/ת לציית לבקשות או להוראות של מבוגרים	21
				מעצבנ/ת אחרים בכוונה	22
				מאשימ/ה אחרים בטעויות או בהתנהגות לא ראויה שלו/שלה	23
				רגיש/ה או מוטרד/ת בקלות על-ידי אחרים	24
				כועס/ת או מריר/ה	25
				נקמני/ת, חייב/ת להחזיר למי שפוגע בו/בה	26
				נוהג/ת בברינות, מטריד/ה אחרים ומאיימ/ת עליהם	27
				מתחיל/ה קטטות עם אחרים	28
				משקר/ת כדי להיחלץ מצרה או כדי להימנע מקיום מחויבויות	29
				בורח/ת מהמסגרת החינוכית, נעדר/ת בלי רשות	30
				מתאכזר/ת פיזית לאחרים	31
				גונב/ת חפצים בעלי ערך	32
				הורס/ת במכוון רכוש של אחרים	33

שאלון התנהגותי - ונדרבילט הורים

אף פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	תיאור התנהגות הילד	
				במהלך קטטה השתמש/ה בנשק שעלול לגרום לפגיעה קשה, כמו מקל, אולר, סכין או אבנים	34
				אלימ/ה כלפי בעלי חיים	35
				הצית/ה אש במכוון בכדי לגרום לנזק	36
				פרצ/ה לבית או לרכב של מישהו אחר	37
				שה/תה מחוץ לבית בלילה ללא רשות	38
				ברח/ה מהבית למשך הלילה	39
				אילצ/ה מישהו או מישהי לפעילות מינית	40
				נבוכ/ה בקלות, עודף מודעות עצמית	41
				פוחד/ת, חרד/ה או מודאג/ת	42
				מפחד/ת לנסות דברים חדשים מחשש לטעויות	43
				מרגיש/ה חוסר ערך או נחיתות	44
				מאשימ/ה עצמו בבעיות, חש/ה אשמה	45
				חש/ה בודד/ה, לא רצוי/ה או לא אהוב/ה, מתלוננ/ת שאיש לא אוהב אותו/ה	46
				עצוב/ה או מדוכא/ת	47

הערות

תפקוד התנהגותי בבית

מציין	ממל הממוצע	ממוצע	מעט בעייתי	בעייתי	
					קריאה
					כתיבה
					חשבון
					יחסים עם ההורים
					יחסים עם אחים ואחיות
					יחסים עם חברים וחברות
					השתתפות בפעילות קבוצתית

הערות

תופעות לוואי

האם הילד/ה סבל/ה מתופעות הלוואי או מהבעיות הבאות במהלך השבוע האחרון?

קשה	בינוני	קל	ללא	
				כאבי ראש
				כאבי בטן
				שינוי בתיאבון
				קושי בשינה
				חוסר שקט בשעות הבוקר המאוחרות, אחר הצהריים או בערב
				נסיגה חברתית - ירידה בקשרים חברתיים עם אחרים
				עצב קיצוני או בכי חריג
				התנהגות עיפה, משועממת, אדישה
				תחושת רעד
				תנועות חוזרות, טיקים, מצמוצי עיניים או עוותי פנים חוזרים
				כסיסת ציפורניים, גרד
				ראייה או שמיעה של דברים שאינם קיימים

הערות