



המרפאה להפרעות קשב ולמידה
בנין ילדים, אגף חדש, קומה 3 טל. 03-530-5398 פקס 03-530-5005

הסכמה לאבחון וטיפול מרפאתי-הורים גרושים/פרודים

אנו: 1. _____
שם פרטי ומשפחה

_____ תעודת זהות

2. _____
שם פרטי ומשפחה

_____ תעודת זהות

הוריו של הקטין _____
שם פרטי ומשפחה

_____ תעודת זהות

מסכימים בזאת כי בננו/בתנו יאובחן/תאובחן וינתן לו/לה טיפול במרפאתנו
ומודיעים בזאת, כי הגורם אשר ירכז את הקשר עם הגורמים אשר יטפלו
בננו/בתנו
יהיה מר/גב'

_____ שם פרטי ומשפחה של ההורה

הננו מסכימים, כי מידע אודות הטיפול הניתן לבננו/בתנו ימסר על פי דרישה לכל
אחד מאיתנו.

_____ תאריך

_____ שם פרטי ומשפחה

_____ תאריך

_____ שם פרטי ומשפחה

בית החולים לילדים
אדמונד ולילי ספרא



המרפאה להפרעות קשב ולמידה

בנין ילדים, אגף חדש, קומה 3 טל. 03-530-5398 פקס 03-530-5005

להורים: שאלון זה, לילדים ומתבגרים בגילאי 5 עד 17 מכיל היגדים המתייחסים למיומנויות והתנהגויות של ילדכם בתחומי התפתחות שונים. כל ילד הוא ייחודי בפני עצמו. המשמעות היא שהמיומנויות וההתנהגויות משתנות מילד לילד, ובהתאם לגיל.

עבור כל היגד המופיע/ה בשאלון מופיעות שלוש אפשרויות: אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי; מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים; מופיע/בא לידי ביטוי. סמן את האפשרות שלדעתך מתאימה ביותר לתפקוד של ילדך במצבים יומיומיים, בהשוואה לילדים אחרים בגילו. יש להתייחס לתפקוד של ילדך במהלך 6 החודשים האחרונים. כדי לקבל את התמונה המקיפה ביותר לגבי תפקוד ילדך, חשוב שתמלא את השאלון כולו.

בשאלון, תשאלו האם תפקודו של הילד בתחומים שונים מוביל לבעיות בחיי היומיום. אנא חישוב האם בעיות אלה משפיעות על הילד ואחרים בבית, בבית הספר ובקרב חברים. עבור שאלות אלה יש ארבע תשובות אפשרויות: לא; קצת; הרבה; הרבה מאוד.

השאלון מנוסח מטעמי נוחות בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים.

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מיומנויות מוטוריות-מיומנויות של מוטוריקה גסה: השימוש של הילד בגופו במגוון פעילויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. קושי ברכישת מיומנויות מוטוריות חדשות, כמו ללמוד לרכב על אופנים, לשחות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. קושי לזרוק או לתפוס כדור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. קושי לרוץ מהר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. מתקשה או מעדיף שלא להשתתף במשחקי ספורט כמו כדורגל, כדורסל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. קשיים בשיווי משקל, לדוג': מתקשה לעמוד על רגל אחת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. לעיתים קרובות מועד ונופל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. תנועותיו מגושמות ומסורבלות

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מיומנויות מוטוריות-מיומנויות של מוטוריקה עדינה: השימוש של הילד בידיו במגוון פעילויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. לא אוהב לצייר, מתקשה לצייר דמויות המיצגות משהו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. קושי בשימוש, הרכבה ותפעול של חפצים קטנים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. קושי למזוג מים לכוס מבלי שישפך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. שופך אוכל על הבגדים או עאל השולחן במהלך הארוחה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. קושי בשימוש בכלי אוכל: כף, סכין, מזלג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. קושי בכיפתור כפתורים או קשירת שרוכי נעליים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. קושי להשתמש בכלי כתיבה {למשל, לוחץ חזק מדי, היד רועדת}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. עדיין לא פיתח יד דומיננטית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. הכתיבה איטית ומאומצת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. אחיזת כלי כתיבה לא יעילה

האם הבעיות בתפקוד המוטורי מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

קשב וריכוז: יכולתו של הילד לשים לב ולהתרכז במשימות ובפעילויות שונות:			
מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. לעיתים קרובות לא מצליח לשים לב לפרטים או עושה טעויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. לעיתים קרובות מתקשה לשמור על תשומת לב במשימות או בפעילויות משחק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. לעיתים קרובות לא נראה שהוא מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. מתקשה לעקוב אחר הוראות ואינו מצליח לסיים עבודות בית ספר, מטלות או חובות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. לעיתים קרובות מתקשה בארגון משימות ופעילויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. לעיתים קרובות נמנע, לא אוהב או לא רוצה לעסוק במשימות הדורשות מאמץ מתמשך {כגון שיעורי בית}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. לעיתים קרובות מאבד דברים הדרושים למשימות או פעילויות {למשל צעצועים, ציוד לבית ספר, כלי כתיבה, ספרים}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. מוסח לעיתים קרובות בקלות על ידי גירויים שמיעתיים או חזותיים {למשל אנשים אחרים שמדברים, מכונות שנסעות}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. לעיתים קרובות שוכח דברים בפעילויות יומיומיות

פעילות יתר ואימפולסיביות-הנטייה של הילד להיות פעיל מידי או אימפולסיבי			
מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. נמצא בתנועה מתמדת {מתופף באצבעות, נוגע בחפצים וכו' }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. מתקשה להישאר לשבת לאורך זמן {מתפתל בכיסא, קם ומתנועע}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. לעיתים קרובות מתרוצץ או מטפס בצורה מוגזמת במצבים שאינם מתאימים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. קושי לשחק בנחת ובשקט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. נוהג לעתים קרובות פועל כאילו "מונע על ידי מנוע"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. לעיתים קרובות מדבר בצורה מוגזמת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. לעיתים קרובות עונה תשובה לפני השלמת השאלה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. מתקשה להמתין לתורו {במשחקים, בארוחות וכו' }

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. לעתים קרובות קוטע או מפריע לאחרים} למשל, מתערב בשיחות או במשחקי
--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

האם בעיות הקשב, הריכוז ופעילות יתר או האימפולסיביות מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

פסיביות / חוסר פעילות של הילד או נטייתו להיות פסיבי	חוסר פעילות של הילד או נטייתו להיות פסיבי	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי
36. קושי להתחיל בעבודות / פעילויות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. קושי לסיים משימה / פעילות, לא מבצע דברים כמו שאר חברי הקבוצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. לעיתים קרובות" בעולם שלו "או בהקיץ חולם	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. נראה איטי, אדיש או חסר אנרגיה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם הפסיביות או חוסר הפעילות מפריעים לתפקוד היומיומי של ילדכם?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

תכנון / ארגון: יכולתו של הילד לתכנן או לארגן פעילויות	תכנון / ארגון: יכולתו של הילד לתכנן או לארגן פעילויות	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי
40. מתקשה להבין את ההשלכות של הפעולות שהוא עושה {למשל, מטפס או מגיע למקומות מסוכנים, חסר זהירות בכביש}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. מתקשה בתכנון והכנה למשימות {למשל, ארגון ציוד הדרוש לטיול או לבית הספר}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. קושי בביצוע וסיום משימות הדורשות ביצוע מטלות ברצף} למשל ילדים צעירים: להתלבש בבוקר ללא תזכורות קבועות; ילדים גדולים יותר: השלמת עבודה ביתית ללא תזכורות קבועות}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם הבעיות בתכנון / ארגון מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	תפיסת המרחב והכיוונים: התפיסה של הילד את המרחב והכיוונים שסביבו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. מתקשה למצוא את דרכו {אפילו במקומות מוכרים}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. נראה מוטרד מהפרשי גובה {אפילו קלים} לדוגמא במהלך טיפוס במדרגות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. מתקשה להעריך מרחק או גודל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. מתקשה בהתמצאות במרחב - שימוש נכון בכיוונים מרחביים - לדוגמא לובש בגד הפוך, מבלבל בכיוונים של אותיות וספרות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. נתקל באנשים אחרים, בעיקר במקומות צרים

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	תפיסת מושגי זמן: יכולתו של הילד להבין מושגי זמן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. הערכה זמן נמוכה למשל, מתקשה להעריך זמן שעבר כמו "חמש דקות" או "שעה" ומה קרה בזמן הזה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. יש לו רק מושג מעורפל לגבי השעה, האם זה בוקר או אחר הצהריים, האם זה הזמן או לא ללכת לבית הספר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. שואל שוב ושוב מתי יקרה משהו, למשל, כמה זמן נותר לפני טיול או לפני שהגיע הזמן ללכת לבית הספר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. יכול לקרוא את השעון באופן מכני אך אינו מבין את מושג הזמן בפועל

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	תפיסת גוף: תפיסת הילד את גופו שלו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. אינו מתייחס לבגדים שמונחים לא טוב על הגוף, למשל: לא מיישר גרביים או מכנסיים שהחליקו למטה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. מתייחס בצורה חריגה לכאב, קור וכו'
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. נראה חסר מודעות לגופו ביחס לסביבה, למשל, נתקל או נופל על דברים בלי להתכוון לכך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. מגלה רגישות יתר למגע {בגדים צמודים מציקים לו, בדים מסוימים לא נעימים לו וכו'}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56. מתקשה לחקות תנועות של אנשים אחרים

תפיסת צורות ודמויות חזותיות: יכולתו של הילד לתפוס צורות ודמויות	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
57. נוטה לפרש לא נכון תמונות; למשל, עשוי לתפוס תמונה של ביצה מטוגנת כמו של פרח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. מתקשה לשים לב להבדלים קטנים בצורות, דמויות, מילים ואותיות שנראות זהות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. מתקשה לצייר תמונות כמו מכונית, בית וכו' {בהשוואה לילדים בגיל דומה}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. מתקשה להרכיב פאזלים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם בעיות בתפיסת המרחב והכיוונים, הזמן, הגוף או הצורות והדמויות מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

זיכרון: יכולתו של הילד לזכור עובדות או את מה שהוא / היא חוו	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
61. מתקשה לזכור מידע על נתונים אישיים, כגון תאריך לידה, כתובת בית וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. מתקשה לזכור את שמות של אנשים אחרים {למשל, שם המורה, חברים בבית הספר}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. מתקשה לזכור שמות של ימות השבוע, חודשים ועונות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. מתקשה לזכור עובדות ודברים שנלמדו בבית הספר {למשל אירועים היסטוריים, נוסחאות כימיות וכו'}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. מתקשה לזכור מה התרחש לאחרונה, מי התקשר או מה הוא / היא אכל לפני כמה שעות וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. מתקשה לזכור אירועים שהתרחשו לפני זמן מה, כמו מה שקרה בטיול, איזה מתנות קיבל הוא / היא ליום הולדת, לחג וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. מתקשה לזכור היכן הוא / היא הניח חפצים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. מתקשה לזכור פגישות עם עמיתים או איזו מטלות יש לו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. מתקשה בלימוד חרוזים, שירים, תרגילי כפל וכו' בעל פה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. מתקשה לזכור הוראות ארוכות או מרובות שלבים			
71. מתקשה ברכישת מיומנויות חדשות,			

			כמו כללי משחק שונים או משחקים חדשים
--	--	--	-------------------------------------

האם בעיות בזיכרון מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

הבנת השפה המדוברת: יכולתו של הילד להבין שפה ודיבור	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
72. מתקשה להבין הסברים והוראות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. מתקשה לעקוב אחר סיפורים שנקראים בקול רם	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. מתקשה לתפוס/להבין את מה שאנשים אחרים אומרים { לעיתים קרובות אומרים "מה", "למה אתה מתכוון"? }	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. מתקשה להבין מושגים מופשטים כמו "מחרתיים", "בסדר הנכון"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. נוטה לפרש בצורה לא נכונה דברים שנאמרו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

יכולת הבעת שפה: היכולת של הילד לבטא שפה ולהגות מילים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
77. מתקשה להגות בצורה ברורה את צלילי הדיבור ואומר מילים בצורה לא נכונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. מתקשה ללמוד שמות של צבעים, אנשים, אותיות וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. מתקשה למצוא מילים או להסביר לאנשים אחרים אומר: "ה, ה, ה..."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. נוטה לומר מילים בצורה לא מדויקת, אומר "זרוע" במקום "מרפק", "עט" במקום "עיפרון" וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. מתקשה להסביר מה הוא רוצה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. מתקשה לדבר באופן שוטף, ללא הפסקות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. מתקשה לבטא את עצמו במשפטים שלמים, במשפטים נכונים מבחינה דקדוקית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. מבטא בצורה לא נכונה צלילים ספציפיים {מתקשה להגות ר, ש, ל, מאנפף וכו' }	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. קושי לבטא מילים מורכבות כמו "אוניברסיטה", "אנציקלופדיה" וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. קול צרוד			

87.	מגמגם		
88.	מדבר מהר כך שלא ניתן להבין מה שאומר		
89.	מדבר באופן מבולבל, אומר דברים שאינם ברצף הגיוני		

תקשורת מילולית: יכולתו של הילד להשתמש בשפה ויכולת לתקשר עם אחרים		אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
90.	מתקשה לספר על חוויות או סיטואציות כך שהמאזין מבין {למשל, מה קרה במהלך היום או במהלך החופש הגדול}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91.	מתקשה לעקוב אחר השיחה {לשמור על רצף} כשמספר לאנשים אחרים משהו, אסוציאטיבי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92.	מתקשה לקחת חלק בשיחה, לדוגמא: מתקשה לעבור ממצב של הקשבה למצב של דיבור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם הבעיות בהבנת השפה, השימוש בשפה או בתקשורת מילולית מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

רכישת כישורים אקדמיים: עבור ילדים מתחת לגיל 8, עבור לפריטט 122

בחלק זה מופיעות שאלות הנוגעות ללמידה של ילדים ועשויות יכולות להיות מאתגרות עבור ההורים ללא מידע מהמורה של הילד. עם זאת, נסה להשיב לשאלות הבאות על סמך מה שאתה יודע או מה ששמעת מהמורה של הילד.

קריאה, כתיבה, חשבון {רק ילדים מגיל 8}:		אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
93.	מתקשה ברכישת כישורי קריאה יותר מהצפוי בהתחשב ביכולתו ללמוד דברים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94.	מתקשה להבין מה הוא קורא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95.	מתקשה לקרוא בקול רם במהירות רגילה {קורא לאט מדי, מהר מדי או לא מצליח לקרוא שוטף}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96.	לא אוהב לקרוא {למשל, נמנע מלקרוא ספרים}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97. מנחש את המילים או הצלילים במהלך הקריאה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. קושי באיות – ציון האותיות של כל מילה בנפרד זו אחר זו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99. מתקשה בעיצוב אותיות וכתובה בצורה מסודרת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100. מתקשה לנסח מחשבות, רעיונות בכתובה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101. מתקשה ברכישת מיומנויות בסיסיות במתמטיקה {חיבור, חיסור, כפל, חילוק}
			102. מתקשה בפתרון בעיות מילוליות במתמטיקה
			103. מתקשה ללמוד וליישם כללים מתמטיים שונים
			104. מתקשה ללמוד ולהשתמש בטבלאות כפל
			105. מגלה קושי רגשי עם חשבון, מתמטיקה

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	לימוד דברים חדשים ויישום ידע בבית הספר { רק ילדים מגיל 8 ומעלה}
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106. מתקשה בהבנת הוראות מילוליות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107. מתקשה להבין או להשתמש במונחים מופשטים, למשל מונחים הנוגעים לגודל, נפח, כיוונים מרחביים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108. מתקשה להשתתף בשיחות עם ילדים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109. מתקשה ללמוד עובדות או לרכוש ידע על העולם שמסביב.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110. מגלה ידע או כישורים יוצאי דופן בתחום מסוים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111. מגלה יכולות טובות בדברים אומנותיים או פרקטיים { נגינה בכלי, רישום, ציור, עבודות הרכבה}

פיתרון בעיות בבית הספר וגישה למצבי למידה חדשים} רק ילדים מגיל 8 ומעלה):	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
112. מתקשה בתכנון וארגון פעילויות, {למשל הסדר בו יש לעשות דברים, כמה זמן נדרש לניהול משימה ספציפית}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. מתקשה לשנות תוכנית או אסטרטגיה כאשר הדבר נדרש {למשל, כאשר התכנית הראשונית נכשלה}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. מתקשה בהבנת ההסברים בעקבות ההוראות שניתנו על ידי מבוגרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. מתקשה בפתרון בעיות מופשטות {כלומר זקוק למידע שניתן לראות או לגעת בו על מנת לפתור בעיות אלו}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. מתקשה להמשיך לנסות ולהשלים משימות, לרוב אינו מסיים משימות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. חסר מוטיבציה לעבודה בבית הספר או במצבי למידה אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. הלמידה שלו איטית ומאומצת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. עושה דברים מהר מדי, ממהר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. אינו לוקח אחריות על דברים שעושה, זקוק להרבה פיקוח והכוונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. זקוק מאוד לתמיכה ועידוד, רוצה לדעת אם הוא מצליח במה שעושה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

האם בעיות או קשיי הלמידה מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

מיומנויות חברתיות: יכולתו של הילד להשתתף במסגרות חברתיות ולקיים אינטראקציה עם אחרים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
122. מתקשה בהבנת הרמזים החברתיים של אנשים אחרים, למשל, הבעות פנים, מחוות, טון קול או שפת גוף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. מתקשה להבין את רגשותיהם של אנשים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. מתקשה להיענות לצרכים של אנשים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. מתקשה להסביר באופן מילולי רגשות כאשר הוא מרגיש עצוב, בודד, משועמם וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. מדבר בקול מונוטוני או שונה יחסית לבני גילו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. מתקשה לבטא רגשות ותגובות בתנועות פנים או בשפת גוף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. מתנהג בצורה שאינה מותאמת ומדבר כמו מבוגר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. מתקשה להתנהג כמצופה מבני גילו	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. מתקשה להבין כיצד להתנהג במצבים חברתיים שונים, כמו למשל בביקור קרובי משפחה יחד עם הורים, בביקור אצל חברים, פגישה עם רופא, ביקור בקולנוע וכו'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. נתפס על ידי בני גילו כשונה או מוזר			
132. שלא בכוונה, עושה מעצמו צחוק כך שההורים מרגישים נבוכים או שחבריו מתחילים לצחוק			
133. לעיתים קרובות נראה חסר הגיון, חסר "שכל ישר"			
134. חוש הומור "חלש" יחסית לבני גילו			
135. אומר/פולט הערות שאינם מתאימות מבחינה חברתית			
136. מתקשה בהבנת כללים או איסורים			
137. לעיתים קרובות, רב עם בני גילו			
138. מתקשה להבין ולכבד את זכויותיהם של אנשים אחרים, למשל, שילדים צעירים זקוקים לעזרה רבה יותר			

			מאשר מבוגרים, וכי יש להשאיר את ההורים לבד כאשר הם דורשים זאת וכו'.
			מתקשה להתמודד בפעילויות או במשחקים קבוצתיים או קבוצתיים, לדוגמא: ממציא כללים חדשים לתועלתו אישית
			מתקשה להתייחד עם אחרים
			לעיתים קרובות אינו יוצר קשר עם בני גילו
			מתקשה להשתתף בפעילויות קבוצתיות
			דחוי על ידי ילדים אחרים לדוגמא: לא מאפשרים לו להשתתף איתם במשחקים
			אינו אוהב מגע פיזי או חיבוקים
			קיים תחום עניין אחד או תחומי עניין מצומצמים שגוזלים ממנו זמן רב וזה משפיע על היחסים עם המשפחה והחברים
			חוזר על עצמו או נתקע בהתנהגויות או בפעילויות חסרות משמעות לכאורה
			מוטרד משינויים קטנים בשגרה
			יוצר מעט/לא יוצר קשר עין עם אחרים

האם הבעיות במיומנויות החברתיות מפריעות לתפקוד היומי של ילדך

לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------

בעיות רגשיות:		אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	מופיע/בא לידי ביטוי
149	בטחון עצמי נמוך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150	נראה לא מאושר, עצוב, מדוכא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151	לעיתים קרובות מתלונן על תחושות של בדידות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152	ניסה לגרום לעצמו נזק גוף או מדבר על כך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153	תיאבון ירוד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154	לעיתים קרובות מבטא תחושה של חוסר ערך או תחושת נחיתות ביחס לילדים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155. לעתים קרובות מתלונן על כאבי בטן, כאבי ראש, קשיי נשימה או תסמינים גופניים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156. נראה מתוח וחרד או מתלונן על עצבנות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157. הופך לחרד או לא מרוצה כשיוצאים מהבית, למשל בדרך לבית הספר
			158. מגלה יותר בעיות שינה יחסית לבני גילו
			159. לעיתים קרובות יש לו סיזימים
			160. הולך בשינה או סובל מהתקפות ליליות כאשר אי אפשר להגיע אליו או לנחם אותו
			161. לעתים קרובות מתרגז מאוד
			162. לעתים קרובות מתווכח עם מבוגרים
			163. לעתים קרובות מסרב למלא אחר הוראות מבוגרים
			164. לעיתים קרובות מתגרה באחרים על ידי ביצוע מכוון של דברים
			165. לעתים קרובות מאשים את האחרים בטעויות משלו או במעשיו רעים
			166. נפגע בקלות, או מוטרד על ידי אחרים
			167. לעיתים קרובות נכנס למאבקים
			168. אכזרי לבעלי חיים
			169. משקר ומרמה
			170. גונב דברים מהבית
			171. לעתים קרובות הורס את חפציהם של בני משפחה אחרים או ילדים אחרים
			172. יש אירועים חוזרים ונשנים של כמה ימים עם רמת פעילות גבוהה במיוחד
			173. יש תקופות חוזרות ונשנות של עצבנות ברורה

מופיע/בא לידי ביטוי	מופיע/בא לידי ביטוי לפעמים	אינו מופיע/אינו בא לידי ביטוי	פעולות או מחשבות אובססיביות: פעולות או מחשבות שהילד לא מצליח לשלוט בהן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174. חוזר באופן כפייתי על פעילויות מסוימות או שיש הרגלים שקשה לו מאוד לשנות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175. יש לו רעיונות אובססיביים או קיבעונות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176. יש לו תנועות לא רצונית, טיקים, פרכוסים או עווית פנים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177. חוזר על תנועות חסרות משמעות, כמו טלטול ראש, טלטול גוף ותיפוף אצבעות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178. פולט צלילים ללא שליטה כמו ניקוי גרון, עיטוש, בליעה, נביחות, צעקות וכו'
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179. מתקשה להיות בשקט, למשל, שורק, מזמזם, ממלמל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180. חוזר על מילים או חלקי מילים בצורה חסרת משמעות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	181. משתמש במילים גסות או בקללות בצורה מוגזמת

האם בעיות רגשיות, פעולות אובססיביות או מחשבות מפריעות לתפקוד היומי של ילדך?

<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>	קצת	<input type="checkbox"/>	הרבה	<input type="checkbox"/>	הרבה מאוד
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----------

תאר את הבעיות של ילדך שאתה הכי דואג להן:

תאר את נקודות החוזק של ילדך:



המרפאה להפרעות קשב ולמידה
בנין ילדים, אגף חדש, קומה 3 טל. 03-530-5398 פקס 03-530-5005

תאריך: _____

שאלון רקע להורים:

שאלון זה הורכב על מנת לאפשר לנו להבין את ילדכם טוב יותר. אנא, מלאו את השאלון לפני הערכת הילד. אנא קראו את השאלות וענו עליהן בצורה המלאה ביותר שתוכלו.

חלק א' - פרטים אישיים

שם הילד/ה: _____ מספר זהות: _____ תאריך לידה: _____
גיל: _____ טלפון: _____ כתובת: _____
שם גן/ביה"ס: _____ כיתה: _____
שם האב: _____ מס' שנות לימוד: _____ מקצוע: _____ גיל: _____ טל' נייד: _____
שם האם: _____ מס' שנות לימוד: _____ מקצוע: _____ גיל: _____ טל' נייד: _____
כתובת מייל: _____
גורם מפנה: _____

סיבת הפנייה לאבחון:

האם הילד/ה יליד/ת הארץ? כן/ לא
אם לא, מהי ארץ המוצא? _____ כמה שנים בארץ? _____
השפה המדוברת בבית _____ שפות נוספות _____

חלק ב' - מידע אודות המשפחה

1. מיהם האנשים המתגוררים עם הילד? _____
אם לא גר/ה עם שני הוריו/ה, אנא פרטו את הסיבה לכך ומאיזה גיל הילד/ה אינו מתגורר/ת עם שני הוריו: _____

האם המשפחה נמצאת בקשר עם עובד סוציאלי/ שירותי רווחה? כן / לא
סיבת הצורך בקשר עם שרותי הרווחה? _____

2. ילדים נוספים (אחים):

שם	גיל ותאריך לידה	מין	מתגורר בבית כן/לא	עיסוק	בעיות בבי"ס/התנהגות/רפואיות
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

חלק ג' - מצב בריאותי של הילד:

האם קיימות בעיות בריאותיות? כן / לא אנא פרטו: _____

האם קיים מום גופני? כן / לא אם כן, פרטו: _____

האם קיים ליקוי בראיה? כן / לא אם כן, פרטו: _____

האם קיים ליקוי בשמיעה? כן / לא אם כן, פרטו: _____

האם אושפז/ה בעבר בבי"ח? כן / לא אם כן, באיזה גיל? _____

לאיזו תקופה? _____

סיבת האשפוז? (תארו/י בבקשה את המצב/הפציעה: הטיפול הנדרש, מתי אירע, למשך כמה זמן והיכן):

האם נוטל/ת תרופות באופן קבוע? כן/לא. אם כן- פרטו: _____

כללית, מצבו/ה הבריאותי של ילד/תך כיום הוא: **גרוע סביר טוב מצוין**

תורשה במשפחה גרעינית ומורחבת

האם בני המשפחה הגרעינית או המורחבת (למשל סבים, דודות, בני דודים ועוד) סובלים מבעיות בקשב וריכוז או היפראקטיביות, אפילפסיה, מיגרנות, שימוש בסמים או אלכוהול, קשיים אישיותיים או נפשיים או רגשיים, ליקויי למידה או בעיות התפתחותיות; הפרעות נירולוגיות? כן / לא

אם כן, אנא ציין מה הקרבה המשפחתית לילד/ה, ותאר את ההפרעה והטיפול אשר מקבל

צד האם

צד האב

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

חלק ד' - רקע התפתחותי:

1. הריון ולידה:

האם ההריון היה מתוכנן/רצוי/טבעי _____
באיזה שבוע להריון נולד/ה? _____ סוג הלידה? _____
האם הלידה הייתה תקינה כן / לא _____ משקל בלידה? _____
האם היו אירועים חריגים במהלך ההיריון ו/או הלידה /זמן קצר לאחר הלידה (שמירת הריון, שימוש בתרופות סמים או אלכוהול של האם, מצוקת עובר, חוסר חמצן, זיהום ועוד)? כן/לא _____
אם כן, אנא פרטו: _____

2. הסתגלות:

תארו את מזג (טמפרמנט) הילד/ה כתינוק/ת (רגוע, בכיין, נוח, ישנוני, ערני וכד'): _____
האם היה/הייתה לו/לה רגישות יתר (כגון: לרעשים, לבדים, למגע למזון וכד')? כן / לא _____
אנא פרטו: _____
האם היו בעיות באכילה/הנקה/מעבר לאוכל מוצק? כן/לא _____
אנא פרטו _____
באיזה גיל התרחש תהליך הגמילה מחיתולים? ביום: _____ בלילה: _____
האם היו קשיים? כן / לא אנא פרטו: _____
האם הופיעה לאחר הגמילה מחיתולים הישנות של הרטבה/התלכלכות בצואה? כן/לא, _____
פירוט: _____

3. התפתחות מוטורית:

באיזה גיל החלה ללכת? _____
האם היו קשיים בהתפתחות המוטורית (גסה או עדינה)? כן / לא אם כן, אנא פרטו: _____
האם נמנעה/ה מפעילות מסוימת (מתקני שעשועים, אופניים, גזירה, ציור וכ"ו)? כן/לא. אם כן, אנא פרטו _____

4. התפתחות שפתית:

באיזה גיל התחילה לדבר? שימוש במילים בודדות: _____
שימוש במשפט (2 מילים או יותר) _____
האם היו קשיים בהתפתחות השפה, כמו: התפתחות איטית של השפה כן / לא _____
גמגום כן / לא _____ שיבושי היגוי כן / לא _____
אחר _____
האם הקושי מופיע כיום? כן/לא אם כן - באיזו תדירות? _____

חלק ה' – מסגרות חינוכיות ומהלך לימודים:

1. מסגרות חינוכיות:

עד איזה גיל היה התינוק בבית? _____ עם מי? _____
גיל כניסה למסגרת חינוכית ראשונה (מטפלת/מעון/משפחתון): _____
האם היו קשיי פרידה בכניסה למסגרות? באיזו מסגרת? באיזה גיל? כמה זמן נמשכו הקשיים בכל פעם?

נא פרטו את שמות הגנים, בתי הספר והכתות בהן למד/ה:

ישוב	שם ביה"ס	בכיתות	האם לא סיים/עבר ומה הסיבה

האם נשאר/ה שנה נוספת בגן? כן / לא אם כן, מה הסיבה? _____
האם נשאר/ה שנה נוספת בכיתה? כן / לא אם כן, באיזו כיתה? _____
ומה הסיבה? (חיסורים עקב מחלה, ביקור בלתי סדיר, חוסר בשלות, פערים בלימודים או אחר)

האם היו קשיי הסתגלות (מעבר בין הגנים, כניסה לכיתה א' לחט"ב וכו')? כן / לא אנא פרטו את תהליך ההסתגלות וההתמודדות עם שינויים ומעברים: _____

תארו בקצרה את תהליך רכישת הקריאה, כתיבה וחשבון בכתות הנמוכות בביה"ס היסודי:

קריאה: _____

כתיבה: _____

חשבון: _____

האם מכינה שעורי בית בכוחות עצמו/ה? כן/לא

2. אבחונים וטיפולים קודמים: (פסיכולוגי, דידיקטי, קלינאית תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק,

נוירולוגי, תרפיה, טיפול רגשי פרטני/קבוצתי וכד')

סוג הטיפול/ אבחון	תאריך	גיל בזמן הטיפול/אבחון	גורם מטפל/מאבחן	משך הטיפול	מסקנות והמלצות בסיום הטיפול/אבחון

האם ילד/תך אובחן/ה בעבר ע"י פסיכולוג, רופא, או איש מקצוע אחר כסובל/ת מהפרעה בקשב ומפעילות יתר? כן/לא. אם כן, פרטי את ציון מועד האבחנה: _____
האם הילד קיבל טיפול לא תרופתי להפרעת הקשב? כן / לא. אם כן, איזה ומה היו התוצאות?

האם הילד קיבל טיפול תרופתי להפרעת הקשב? כן/לא. אם כן, אילו תרופות (כולל מינון וזמנים) ומה היו התוצאות? _____

3. קשיים בלמידה אצל הילד/ה כיום:

האם קיימים קשיים בקריאה? כן/ לא _____
האם קיימים קשיים בהבנת הנקרא? כן/לא _____
האם קיימים קשיים בכתיבה? כן/לא _____
האם קיימים קשיים בהבעה בכתב? כן/לא _____
האם קיימים קשיים בהבעה בעל פה? כן/לא _____
האם קיימים קשיים במתמטיקה / גיאומטריה (הנדסה)?, כן/ לא אם כן, אנא פרטו: _____

האם קיימים קשיים בתחום לימודי אחר (היסטוריה, שפה זרה), כן/ לא אנא פרטו: _____

האם קיבל/ה התאמות בדרכי הלמידה וההבחנות (כגון תוספת זמן במבחנים, התעלמות משגיאות כתיב, היבחנות בע"פ וכד') כן/לא אם כן, אנא פרטו וציינו מה סייע ומה לא סייע: _____

4. עזרה לימודית שניתנה לילד/ה במסגרת פרטית או במסגרת ביה"ס:

מקצוע	מועד ומשך העזרה	נותן העזרה (בי"ס, אחר)
קריאה		
כתיבה		
חשבון		
אסטרטגיות למידה		
שפה זרה		
אחר		

חלק ו' - סדר יום ויחסים במשפחה:

1. כללי

באיזו שעה קם/ה בבוקר? _____ האם מתארגן/ת באופן עצמאי? כן / לא
אם לא, תארו לאיזה סוג עזרה נזקק/ת? מקלחת, בחירת בגדים, לבישתם, אכילה וכו' _____

האם זקוק/ה לדרבון בעת התארגנות? כן/לא
תארו את יחסיו/ה עם בני המשפחה (הורים ואחים): _____

האם היו אירועים מיוחדים, טראומטיים או מעוררי חרדה בחיי הילד/ה ומשפחתו/ה אשר ייתכן והשפיעו
על התפתחותו ותפקודו של הילד (כגון: מעברי דירה, פרידה, מחלה ממושכת, לחץ כלכלי וכו')? כן / לא
אם כן, אנא פרטו: _____

האם קיימים, או שהיו בעבר, פחדים, חששות, ספציפיים או כוללניים? _____

2. הרגלי אכילה:

אנא פרטו על הרגלי האכילה (ארוחות מסודרות/לא מסודרות, חטיפים וממתקים, שוקולד, רגישות למזון
מסוים, הימנעות ממאכלים מסוימים, אכילת יתר, וכד'): _____

3. הרגלי שינה

האם יש חשש בהליכה לישון? _____

האם קיימות הפרעות בשינה. אם כן פרטו:

קשיי הירדמות כן/לא	נחירות כן/לא	יקיצות מרובות כן/לא
יקיצה מוקדמת כן/לא	תנועתיות רבה כן/לא	סיוטים כן/לא

האם נבדק/ה במעבדת שינה? כן/לא. אם כן, אנא פרטו מתי? מאיזו סיבה? מה היו התוצאות? _

חלק ז' - מאפיינים אישיים:

מהן נקודות החזקה של הילד/ה? _____

איזה התנהגויות של הילד מדאיגות אותך?

במה אוהב לעסוק בשעות הפנאי?

האם מבקרת/בחוגים ו/או בתנועת נוער? כן / לא אנא פרטו:

מהי מידת המוטיבציה ללמידה? באילו תחומים המוטיבציה גבוהה ובאילו נמוכה?

תארו את יחסיו עם בני גילו, מעגלי חברים, האם מזמין/מוזמן וכו':

אנא תארו כיצד מתמודד עם קונפליקטים ועימותים חברתיים:

האם סובל מהצקות/החרמות/אלימות? אם כן- באיזו דירות?(יומית/ שבועית/ חודשית/ לעיתים נדירות)

האם מעורבת/ בהצקות/החרמות/אלימות? אם כן- באיזו תדירות?(יומית/ שבועית/ חודשית/ לעיתים נדירות) (

אנא תארו את מצב הרוח האופייני לילד/ה (עליז, עצוב, תנודות במצב הרוח וכד'):

האם קיימות בעיות התנהגות/משמעת בבית? כן/לא אנא פרטו:

האם הילד/ה עצמאית/ בהתאם לגילו/ה? כן/לא אנא פרטו:

תארי/ נא, התנהגויות של ילד/תך המדאיגות אותך או אנשים אחרים, במיוחד:

אנא תארו כיצד מתמודד/ת עם מצבי תסכול וכישלון?

אנו מודים לכם על שיתוף הפעולה ונשמח אם תוסיפו כל פרט העשוי לסייע במהלך האבחון.



המרפאה להפרעות קשב ולמידה
בנין ילדים, אגף חדש, קומה 3 טל. 03-530-5398 פקס 03-530-5005

תאריך: _____

שאלון רקע למורה:

פרטים כלליים:

שם הילד: _____ מס' ת.ז.: _____ כתה: _____
שם ביה"ס: _____ כתובת ביה"ס: _____
טל' ביה"ס: _____
שם המורה: _____ תפקיד המורה (מחנכת/ טיפולית/ אחר): _____
השאלון מולא ע"י: _____ תפקיד ממלא השאלון: _____
בתאריך: _____ האם הילד בחינוך מיוחד: כן/לא סוג החינוך המיוחד: _____

הנ"ל הופנה למרפאתנו, נודה לכם באם תמציאו לנו דו"ח מפורט על מצבו/ה בכיתה עפ"י הנקודות הבאות.

אנא נסו להשיב על כל השאלות כדי שבבדיקתנו נוכל לעמוד על בעייתו הספציפית של הילד.

כללי

במידה וההפנייה לאבחון נעשתה על ידי בית הספר:

מה סיבת ההפניה לאבחון? _____
מתי החלו הבעיות/קשיים? _____

ממתי הילד/ה נמצאת/בביה"ס שלכם? _____

ממתי הנך מכיר/ה את התלמיד? _____

האם היה קודם במסגרת אחרת? איפה? _____

מהי הופעתו/ה החיצונית של הילד/ה? _____

האם דיבורו של הילד ברור? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

האם הילד שולט בהתנהגותו המוטורית (ידיו ורגליו)? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

תפקוד בביה"ס

מה יחסו של הילד לביה"ס (האם בא ברצון, האם נעדר תכופות, האם מבקר באופן סדיר)?

מה יחסו של הילד למורתו? _____
מהן נקודות החוזק של הילד? באילו תחומים מגלה יכולת וכישורים טובים? _____

מה יחסו של הילד ללימודים (האם ניכרת מוטיבציה, הבחנה בין הצלחה וכשלון, אדישות וכו')? _____

האם מקפיד על הבאת הציוד הנדרש? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

האם מצליח להתארגן לקראת השיעור ובמהלכו? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

האם עובד מתוך תכנון וארגון? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

האם עובד באופן עצמאי? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

האם מכין שיעורי בית? כן / לא. אם לא מהם קשייו? _____

קצב כתיבה - האם כותב בזמן שיעור/ האם מספיק לכתוב סכומי שיעור / להעתיק מהלוח / לסיים מבחנים שדורשים כתיבה מרובה כן/לא. אנא פרטו: _____

תארי/ התמודדות בעבודה קבוצתית. האם קיימים קשיים? כן/לא. אנא פרטו _____

האם התפיסה תקינה (תפיסה חזותית כמו צורות גיאומטריות, צבעים, גדלים כמויות, תפיסה שמיעתית כמו קליטת הנאמר בכיתה וכו')? _____

מצבו הרגשי

1. כיצד מגיב/ה למצבי תסכול וכשלון? (יכולת התמודדות והתמדה/ נסיגה/ התפרצויות זעם/ יכולת דחית סיפוקים/ ניסיונות להכחיש ולהסתיר כישלון/סירוב לקבל עזרה/תלות) _____

2. האם מתקשה לסיים משימות בהן מתחילה/ה? כן/לא. מדוע? _____

3. תארו את מצב הרוח האופייני לתלמיד/ה (עליז, עצוב, מכונס בעצמו, "קפיצי", תנודות במצב הרוח) _____

-
-
4. האם יש בעיית נוכחות בשיעורים/ימים שלמים/ מבחנים? כן / לא אנא פרטי _____
-
-
5. האם קיימות בעיות התנהגות? כן / לא אם כן אנא פרטו (מתי מתרחשות, באיזו עוצמה, מהם הגורמים המעוררים אותן לדעתך) _____
-
-
6. דימוי עצמי _____
-
-
7. האם מודעת/ת לקשייו/ה? אנא פרטי _____
8. האם הוא אימפולסיבי ותוקפני/ת? כן/לא. פרטו: _____
9. האם הוא פאסיבי/ת, או יוזם/ת בחברה והאם ניתן להטיל עליו/ה תפקידים אחראיים? כן/לא. פרטו _____
-
10. האם אפשר להרגיש בשינוי מצבי רוח קיצוניים אצלו? _____
-
11. האם ישנן תופעות נוספות של התנהגות בלתי צפויה (התפרצויות, התקפי זעם)? _____
-

מצב חברתי:

1. האם תפקודו/ה החברתי תואם את גילו/ה הכרונולוגי (ילדותי מידי/ תלותי מידי / בוגר יחסית לחבריו/ה) _____
-
2. מהו יחסו לחבריו ויחסם אליו (האם הוא מקובל, נדחה, יוצא דופן, האם נוטה להתחבר עם צעירים או מבוגרים ממנו)? _____
-
3. האם התלמיד נתון להטרדות (לועגים לו / מציקים / מחרמים / מתעלמים / מאיימים וכד') כן / לא
אם כן אנא פרטו _____
מהי התדירות - פעם בשבוע – שבועיים לעיתים תכופות יותר לעיתים רחוקות יותר
-
4. האם התלמיד מעורב בהטרדות ילדים אחרים (לועג / מציק / מרכז / מחרים / מאיים / מתעלם) כן / לא. אם כן אנא פרטו _____
מהי התדירות? פעם בשבוע – שבועיים לעיתים תכופות יותר לעיתים רחוקות יותר
5. מה מקום התלמיד/ה בחברת בני הכיתה (מנהיג/ה חיובי/ת, מנהיג/ה שלילי/ת, דחוי/ה, אהוד/ה) תארי את יחס הילדים אליו/ה _____

6. האם קיימת הבנה של מצבים חברתיים? כן / לא אנא פרטו

7. כיצד מתמודד/ת עם קונפליקטים ועימותים חברתיים? (תלתי, נסוג, יוזם פתרונות, נוקשה, גמיש)

התמודדות בביה"ס:

1. אנא פרטו את סוגי ההתמודדות שנוסו במסגרת ביה"ס (הוראה מתקנת, סיוע של מורה טיפולית/יועצת, תוכנית עיצוב התנהגות וכו')

2. האם מקבל/ת התאמות במבחנים כן / לא אם כן אנא פרטי מה: (תוספת זמן, התעלמות משגיאות כתיב, הבחנות בע"פ, שימוש בדף נוסחאות מורחב וכד')

3. אנא פרטו מה סייע לתלמיד/ה

4. אילו סוגי עזרה קיימים בביה"ס? (שילוב ומאיזה סוג, כתיב קטנה וכ"ו)

5. מה לדעתך יסייע לתלמיד/ה?

שאלון קשב – דופול {מורה}

שם הילד: _____ גיל: _____ תאריך: _____

שם ממלא השאלון: _____ תפקיד: _____

בכל אחת מהשורות מטה, מלא בבקשה X במקום המתאר בצורה מיטבית את התנהגות הילד בשישה החודשים האחרונים

לעיתים רחוקות או לעולם לא	לפעמים	לעיתים קרובות	תמיד או לעיתים קרובות מאוד	התנהגות	
				מתקשה להתרכז בפרטים או טועה כתוצאה מחוסר תשומת-לב בשעורי הבית, עבודה או פעילות אחרת	קשיי קשב
				מתקשה להתרכז בפעולות או במשחק הדורשים ריכוז ממושך	
				האם יש רושם שאינו מקשיב כאשר מדברים אליו ישירות	
				אינו עוקב אחר הוראות, ומתקשה לסיים פעילות בבי"ס או מטלות אחרות	
				מתקשה בארגון משימות או פעילויות	
				נמנע, אינו מעוניין או משתתף בעל כורחו במשימות הדורשות מאמץ שכלי ממושך (לדוגמא שיעורי-בית)	
				מאבד חפצים הדרושים לביצוע מטלה או פעילות (לדוגמא כלי-כתיבה, ספרים, צעצועים וכד')	
				מוסח בקלות על ידי גורמים חיצוניים	
				שוכח או מפוזר בפעילויות יום יומיות	
				סיכום בעבור קשיי קשב	
				מניע ידיו או רגליו באופן מוגזם על הכסא	אימפולסיביות פעלתנות
				קם ממקומו במצבים בהם מצופה ממנו להתמיד לשבת (לדוגמא בארוחה)	
				רץ או מטפס במצבים בהם פעילות זאת אינה מתאימה	
				מתקשה לשחק או להשתתף בפעילות שקטה	
				מתנהג כאילו 'מופעל ע"י מנוע'	
				מדבר באופן מוגזם	
				עונה לפני שסיימו לשאול את השאלה	
				מתקשה להמתין לתורו	
				נכנס ללא רשות לדברי או משחקי אחרים	
				סיכום בעבור פעלתנות ואימפולסיביות	

האם חלק מהתנהגויות אלו התקיימו לפני גיל 7? כן _____ לא _____ לא בטוח _____

למחנך/ת הכיתה שלום רב!

השאלון כולל הערכת תפקודו של התלמיד בסולם מ"חלש" ל"טוב" (9-1). יש לסמן את המספר המתאים לפי הערכתך. בסוף את תשובתך על הערכתך וניסיוןך עם תלמידים בני אותו גיל.

הפריטים לתיאור התפקוד של התלמיד/ה בהשוואה לתלמידים רגילים בני אותו גיל									
טוב			ממוצע			חלש			
9	8	7	6	5	4	3	2	1	
9	8	7	6	5	4	3	2	1	1. דיוק בקריאה (קורא בשטף וללא שיבושים)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	2. יכולת לשחזר מידע מתוך טקסט (פרטים, רצף אירועים וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	3. פירוש טקסט כתוב והסקת מסקנות ממנו
9	8	7	6	5	4	3	2	1	4. הבנת הוראות כתובות ופעולה נכונה לפיהן
9	8	7	6	5	4	3	2	1	5. הבעה בכתב (ניסוח ברור של רעיונות)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	6. כתיב (ללא שגיאות איות)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	7. ארגון תקין של כתיבה בדף (בתוך השורה, שוליים, רווח בין המילים)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	8. כתב יד ברור וקריא
9	8	7	6	5	4	3	2	1	9. אופן הכתיבה (אחידות עיפרון, גודל כתב, קצב סביר, התעייפות)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	10. אוצר מילים בהתאם לגיל
9	8	7	6	5	4	3	2	1	11. הגיית מילים ברורה
9	8	7	6	5	4	3	2	1	12. שימוש בשפה דבורה במצבים יום-יומיים לביטוי צרכים ולהעברת מידע
הפריטים לתיאור התפקוד של התלמיד/ה בהשוואה לתלמידים רגילים בני אותו גיל									
טוב			ממוצע			חלש			
9	8	7	6	5	4	3	2	1	
9	8	7	6	5	4	3	2	1	13. יכולת להסביר, לטעון טיעון, לנמק וכדומה
9	8	7	6	5	4	3	2	1	14. בניית משפטים תקינים בשפה דבורה (ניסוח, מבנה משפט, תחביר)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	15. שימוש נכון בכללי הלשון בדיבור (הטיות גופים, יחיד/רבים, זכר/נקבה, מספרים וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	16. הבעה מילולית יצירתית (סיפור, דימוי, תיאור וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	17. הבנת הוראות מילוליות ופעולה נכונה לפיהן
9	8	7	6	5	4	3	2	1	18. שליטה בפעולות היסוד בחשבון, כגון חיבור, חיסור, כפל, חילוק
9	8	7	6	5	4	3	2	1	19. הבנת מתמטית (הבנת המשמעות של המושגים והפעולות)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	20. ידע בתחום ההנדסה (הכרת מושגים, צורות, גופים)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	21. פתרון בעיות מילוליות בחשבון (ניתוח והבנה של בעיות חשבון המוצגות בסיפור)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	22. שימוש נכון באוצר מילים ובסימנים בתחום והבנה של בעיות חשבון (כגון <, >, מנה, מכפלה וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	23. סיבולת גופנית (אינו מתעייף בקלות במשחק או בפעילות כיתתית)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	24. יציבה (שומר על תנוחה זקופה ולא רפויה או חסרת איזון)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	25. תנועה (הולך ורץ בקלות ובהתאמה)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	26. התארגנות ללמידה (התארגנות במרחב הפיזי, הוצאת חפצים מהתיק וארגונם וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	27. פירוש נכון של מצבים חברתיים (תגובה סבירה למצבי יום-יום)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	28. הרגלי סדר מקובלים בכיתה (לא לצאת באמצע שיעור וכד')
9	8	7	6	5	4	3	2	1	29. שמירה על כללי ההתנהגות המקובלים (אי הפרעה בכיתה)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	30. דימוי עצמי, ביטחון עצמי
9	8	7	6	5	4	3	2	1	31. שיקול דעת (חשיבה לפני פעולה, הימנעות מפעולה אימפולסיבית)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	32. יחסים תקינים עם מבוגרים (עם צוות בית הספר ומבוגרים אחרים)
9	8	7	6	5	4	3	2	1	33. יכולת התמודדות עם אכזבות/עם תסכולים