



עמוד 1 מתוך 12

לשימוש	
פנימי	
בלבד	
(סריקה)	
מס' זהות / דרכון 2 1 5 4 0 7 2 9 7	
סוג המסמך 7 1	דפים 1 2

סיבת האבחון

16.04.2023 01 תביעה ☒

02 תביעה חוזרת/חידוש דיון/תום זמניות ☐

04 לאחר פסק דין ☐

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות
סניף מטפל
כרמיאל
אבחון רפואי - ילד



תאריך ועדה
07.05.2023

מס' ועדה
28839

סניף הועדה
כרמיאל

סניף המגורים
כרמיאל

פרטי הילד (ימלא פקיד תביעות/מזכיר)

1

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות
דבור	לירן	24.02.2006	2 1 5 4 0 7 2 9 7

פרטים על אופי הדיון (ימלא הרופא/מזכיר – יש לסמן V במשבצות המתאימות ולהשלים כנדרש)

2

האם הילד טופל או ניתנה חו"ד ע"י הרופא הבודק? ☒ לא ☐ כן, (יש להחליף רופא)

1. ☐ הדיון התקיים בנוכחות הילד. זהותו נבדקה עפ"י: _____ (בהעדר תעודה מזהה יש ליידע את הרופא)

2. ☐ הדיון התקיים בווידאו צ'אט.

3. ☒ הדיון התקיים בהעדרו של הילד, הסיבה: סיכום ללא נוכחות על בסיס מסמכים.

4. ☐ הדיון לא התקיים, הסיבה: _____

5. ☐ יש להזמין לבדיקה

תאריך 07.05.2023 שם לאה ונטורה תפקיד(רופא/מזכיר) מזכירת ועדה חתימה לאה ונטורה

פרטי הליקויים(והמחלות) מפי ☐ הילד ☐ הורה ☐ מלווה אחר

3

תלונות שהוצגו במהלך הוועדה, אנמזה וטיפולים שמקבל כיום וב-12 החודשים האחרונים

סיכום ללא נוכחות על בסיס מסמכים.

המוסד הרפואי שבו הוא מטופל או נמצא במעקב, ושם הרופא המטפל כיום וב-12 החודשים האחרונים

המסגרת החינוכית שבה לומד הילד (גן פרטי, חינוך מיוחד, כיתה קטנה בחינוך רגיל, חינוך רגיל)

הצהרת מלווה הילד וחתימתו

4

אלה כל התלונות, ואני מסכים שייבדק לעניין ע"י רופא. חתימת ההורה או המלווה * ☒
(פרטי המלווה: שם _____ יחס הקרבה _____)

* (בהיעדר חתימת המלווה) – לחתימת הרופא: אני מאשר כי שמעתי את תלונות התובע. חתימה ☒

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בז/ 7823 (05.2022)

שם הילד	מספר זהות	מסעדה	תאריך ועדה
דבור	7 9 2 7 0 4 5 1 2	28839	07.05.2023
לירן			

5

מסמכים וחוות דעת רפואיות העומדים בפני הוועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך ומקורו	תאריך המסמך	סוג המסמך ומקורו
1	04.04.2023	סיכום ביניים המרכז הרפואי לשיקום לוינסטיין	4
2	22.03.2023	סיכום העברה ט. נמרץ ילדים בי"ח נהריה	5
3			6

6

ממצאי הבדיקה הנכחית (יש לבדוק כל ליקוי המצוין בתביעה או בפני הרופא) וסיכום כללי

הסיכום יתייחס לאנמנזה, לבדיקה, לכל תלונות התובע, לחוות הדעת ולממצאי הבדיקות שהומצאו.
(בליקוי שמיעה - יש לרשום דציבלים בכל אחת מהאוזניים, ובליקוי ראייה - חדות ראייה ושדה ראייה)

סיכום ללא נוכחות על בסיס מסמכים.

לירן, אושפז בתאריך 15.03.2023 בטיפול נמרץ בי"ח נהריה לארח חבלת ראש קשה על רקע תאונת דרכים. אובחן עם שבר דחוס פרונטלי-טמפורלי-פריאטלי, דימום סובדוראלי ותת עכבישי משמאל. עבר קרניאטומיה משמאל. בנוסף קונטוזיה ריאתית ושברים מרובים בעצמות הפנים. בבדיקה חולשה דיסטאלית בגפה עליונה מימין והפרעות דיבור ובליעה. בתאריך 22.03.2023 הועבר להמשך טיפול שיקומי בבית חולים לוינסטיין ועדיין נמצא בשיקום. זקוק להשגחה מלאה.

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	ס"ב 2 1 5 4 0 7 2 9 7	28839	07.05.2023

7 דרישה למידע רפואי נוסף (ימולא ע"י הרופא)

המידע הנדרש

- 1 ☐ לאבחון הנוכחי (הפסקת דיון) 1. _____ 2. _____
2 ☐ לאבחון הבא. 3. _____ 4. _____

הערה לרופא: אם באבחון הנוכחי נדרש אחד מהנ"ל, חתום כאן והעבר את התיק למזכיר הוועדה הרפואית או לפקיד התביעות:

תאריך 07.05.2023 שם הרופא _____ דר' דוד סביצקי חתימה ✕ _____

8 הליקויים או המחלות מ-12 חודשים לפני הגשת התביעה

הליקוי/המחלה (דיאגנוזה)	מתאריך	עד תאריך (ימולא רק לזמני)
מ/א חבלת ראש קשה ושברים בעצמות הפנים	15.03.2023	
ליקוי מיוחד כמשמעו בתקנות		
☐ תסמונת דאון ☒ עד גיל 6 יש מקום לקבוע זכאות בשל הצורך בהשגחה מלאה ☐ אוטיזם ☐ פסיכזה		
☐ כבד שמיעה - 45 דציבל לפחות, בתדירויות הדיבור, בשתי האוזניים (ללא תיקון) ☐ כבד שמיעה - 40 - 44 דציבל, בתדירויות הדיבור, בשתי האוזניים ועפ"י קביעת רופא א.א.ג. זקוק למכשיר שמיעה באופן קבוע. (ללא תיקון) ☐ לקות ראייה (פחות מ- 6/60, פחות מ- 20 מעלות) בשתי העיניים (עם תיקון) ☐ זקוק לסיוע בתקשורת - זקוק לסיוע בכל הקשור לתקשורת עם הזולת בשל היעדר מוחלט של יכולת לתקשורת מילולית המקובלת בקרב בני גילו (מגיל 3)		

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	7 9 2 7 0 4 5 1 2 ב.0	28839	07.05.2023

השגחה חלקית

- ☐ ליקוי ☐ מחלה כרונית ☐ בעיית התנהגות/הבנה לקויה
- ☐ זקוק להשגחה חלקית של הזולת בקרבתו בכדי למנוע מצבי סיכון לעצמו או לאחרים באופן החורג במידה ניכרת מבני גילו.
- מתאריך _____ עד תאריך _____
- נמק _____
- ☒ לא זקוק להשגחה חלקית נמק זקוק להשגחה מלאה.

10 השגחה מלאה

השגחה מלאה בשל אחד מאלה:

- ☒ ליקוי רפואי חמור ☐ מחלה כרונית וקשה ☐ הפרעת התנהגות חמורה
- שמתקיימים בו סעיפים 1 ו-2 להלן:
- ☒ (1) אי אפשר להשאירו ללא השגחה מלאה מפילול לפרקי זמן קצרים והוא עונה על אחד מאלה:
- ☒ זקוק להשגחה מלאה של הזולת בשל אירועים רפואיים תכופים הנובעים מהמחלה הקשה או מהליקוי, הדורשים טיפול מדי של אדם אחר
- ☒ זקוק להשגחה מלאה של הזולת ואינו מסוגל להבחין בגורמי סיכון מיידים לו או לזולתו, בהשוואה לבני גילו.
- ☐ (2) קיימת בפועל השגחה מלאה בכל שעות היום (בכל אחד מאלה):
- ☐ בבית ☐ בדרך למסגרת חינוכית ☐ במסגרת החינוכית עצמה
- או:
- ☐ רמת מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית/חמורה/קשה"
- האם קיים אבחון של משרד הרווחה ☐ לא ☐ כן (במידה וקיים אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה, לא נדרש לבדוק את התנאים לעיל).

החלטה ונימוקים

- ☒ זקוק להשגחה מלאה מתאריך 15.03.2023 עד תאריך 29.02.2024
- נמק מ/א תאונת דרכים קשה עם חבל ראש. טיפול קירומי רב תחומי באישפוז.
- ☐ לא זקוק להשגחה מלאה. נמק _____

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	7 9 2 7 0 4 5 1 2	28839	07.05.2023

11 טיפול רפואי מיוחד

הטיפול הרפואי שניתן לילד כמשמעו בתקנות, ציין במשבצת המתאימה ורשום תאריכי הטיפול מ- 12 חודשים לפני הגשת התביעה

קוד	תיאור הטיפול הרפואי	מתאריך	עד תאריך
א. 87 = ☐	ילד המקבל טיפול אימונוסופרסיבי קבוע ויומיומי לאחר השתלת איבר או מח עצמות, והכול לתקופה שלא תעלה על <u>שלוש שנים</u> ממועד ההשתלה		
88 = ☐	מחלה משנית ממושכת וקשה כתוצאה מהטיפול האימונוסופרסיבי.		
ב. 46 = ☐	ילד הזקוק אחת לחודש לפחות לעירוי של תכשירים ציטוטוקסיים		
47 = ☐	או המקבל טיפול בקרינה מייננת לפני טיפול כירורגי או אחריו בשל גידול ממאיר.		
38 = ☐	והכול במשך כל תקופת הטיפול כאמור ובחצי השנה שאחריה		
38 = ☐	וכן בתקופה שבה סובל הילד ממחלה ממושכת קבועה וקשה שנוצרה מטיפול כאמור.		
ג. 64 = ☐	ילד המקבל טיפול בחמצן ברוב שעות היממה		
65 = ☐	או שקיימת טרכאוסטומיה.		
ד. 75 = ☐	<u>בשל ליקוי גופי חמור:</u>		
76 = ☐	ילד הזקוק להזנה תוך ורידית		
76 = ☐	או להזנה בזונדה טיפית		
77 = ☐	או שכל האכלה של הילד דרך הפה או בכל דרך אחרת נמשכת שעה אחת לפחות		
78 = ☐	יש לו גסטרוסטומיה למשך שנה לפחות		
ה. 79 = ☐	ילד שיש לו דחף בלתי נשלט לאכילה, העוסק באופן כפייתי ומתמיד בחיפוש אחר מזון ללא אבחנה או התייחסות לטיב האוכל, והכול כתוצאה מהפרעה אורגנית מרכזית ברורה עם ליקוי כרומוזומלי מוכח.		
92 = ☐	ילד אשר, על פי הוראת רופא, זקוק לבדיקות דם, <u>שאי אפשר לבצען בבית</u> , בתכיפות של אחת לשבוע במשך חצי שנה לפחות.		
ה. 93 = ☐	ילד הנזקק באופן קבוע עפ"י הוראת רופא לבדיקות דם לפחות פעמיים ביום (סכרת סוג 1)		
ו. 42 = ☐	ילד הזקוק לטיפול והשגחה, בשל שבירות עצמות פתולוגיות.		
43 = ☐	או בשל דלקות כרוניות קשות בעצמות שבעטיין חל איסור לבצע טיפול פיזיותרפי או טיפול שיקומי אחר.		
ז. 80 = ☐	ילד המקבל טיפול קבוע בדיאליזה.		
81 = ☐	או הזקוק באופן קבוע לצינתור שלפוחית השתן פעמיים ביום לפחות		
81 = ☐	בשל ליקוי גופי חמור זקוק לטיפול במשך שנה לפחות ע"י:		
ח. 82 = ☐	אורטרוסטומיה		
83 = ☐	קולוסטומיה		
84 = ☐	ציסטוסטומיה		
86 = ☐	ג'ג'ונוסטומיה		

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	ב.0 2 1 5 4 0 7 2 9 7	28839	07.05.2023

קוד	תיאור הטיפול הרפואי	מתאריך	עד תאריך																																				
ט. □ = 85	ילד הזקוק אחת לחודש לפחות לעירוי של אחד מאלה: מוצרי דם, תחליפי דם, תכשירים נוגדי זיהום ועירוניים אחרים למטרות טיפול ממושך.																																						
י. □ = 26	זקוק באופן קבוע למכשיר עזר בשל:																																						
□ = 25	חוסר תפקוד מלא של 2 גפיים. פרט את ממצאי הבדיקה שערכת: _____																																						
	היעדר של 2 גפיים. פרט את ממצאי הבדיקה שערכת: _____																																						
	שיתוק מוחיק מוחין/ c.p.																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>gmfcs</th> <th>i</th> <th>ii</th> <th>iii</th> <th>iv</th> <th>v</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> </tr> <tr> <td>ii</td> <td>-</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> </tr> <tr> <td>iii</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> </tr> <tr> <td>iv</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> </tr> <tr> <td>v</td> <td>תפקוד לקוי</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> <td>חוסר תפקוד</td> </tr> </tbody> </table>	gmfcs	i	ii	iii	iv	v	i	-	-	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	ii	-	תפקוד לקוי	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	iii	תפקוד לקוי	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	iv	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	v	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד		
gmfcs	i	ii	iii	iv	v																																		
i	-	-	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד																																		
ii	-	תפקוד לקוי	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד																																		
iii	תפקוד לקוי	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד																																		
iv	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד																																		
v	תפקוד לקוי	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד	חוסר תפקוד																																		
□ = 27	תפקוד לקוי בשתי גפיים (יש לבדוק רק אם לא התקבלו מבחני gmfcs ו-macs) קיים ליקוי לפחות בשניים מהממדים הבאים, בשתי גפיים: כל מדד יוגדר כ"תקין" או: "לא תקין", "לא תקין": הליקוי גורם להפרעה תפקודית בפעולת הגפה																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>גפה מדד</th> <th>יד ימין</th> <th>יד שמאל</th> <th>רגל ימין</th> <th>רגל שמאל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>כח גס (תקין=4-5, לא תקין=1-3/5)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>טווח תנועה (לא תקין= פחות מ-50% מהטווח התקין)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>טונוס (לא תקין= טונוס נמוך או גבוה המפריע לתפקוד הגפה)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>החזרים גידיים (לא תקין= החזרים גידיים ערים (כמו קלונוס קשה), המפריעים לתפקוד)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>החזרים פתולוגיים (לא תקין= התמדה של החזרים פתולוגיים מעבר לגיל התקין והמפריעים לתפקוד)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	גפה מדד	יד ימין	יד שמאל	רגל ימין	רגל שמאל	כח גס (תקין=4-5, לא תקין=1-3/5)					טווח תנועה (לא תקין= פחות מ-50% מהטווח התקין)					טונוס (לא תקין= טונוס נמוך או גבוה המפריע לתפקוד הגפה)					החזרים גידיים (לא תקין= החזרים גידיים ערים (כמו קלונוס קשה), המפריעים לתפקוד)					החזרים פתולוגיים (לא תקין= התמדה של החזרים פתולוגיים מעבר לגיל התקין והמפריעים לתפקוד)												
גפה מדד	יד ימין	יד שמאל	רגל ימין	רגל שמאל																																			
כח גס (תקין=4-5, לא תקין=1-3/5)																																							
טווח תנועה (לא תקין= פחות מ-50% מהטווח התקין)																																							
טונוס (לא תקין= טונוס נמוך או גבוה המפריע לתפקוד הגפה)																																							
החזרים גידיים (לא תקין= החזרים גידיים ערים (כמו קלונוס קשה), המפריעים לתפקוד)																																							
החזרים פתולוגיים (לא תקין= התמדה של החזרים פתולוגיים מעבר לגיל התקין והמפריעים לתפקוד)																																							

שם הילד _____ מספר זהות _____ ב.ס. _____
 דבור _____ מס' ועדה _____ תאריך ועדה _____
 לירן _____ 07.05.2023 28839 2 1 5 4 0 7 2 9 7

קוד תיאור הטיפול הרפואי מתאריך עד תאריך

- י.א. 48/49 = ☐ ילד אשר: ☐ בשל מחלה כרונית קשה אחת (פירוט המחלה) זקוק לשלושה מתוך הטיפולים המפורטים, בו זמנית. ☐ בשל שתי מחלות כרוניות קשות (או יותר) (או יותר) (פירוט) _____ המחלות, זקוק לארבעה מתוך הטיפולים המפורטים, בו זמנית. ☐ **וכל זאת באופן קבוע ובמשך חצי שנה לפחות**
- ☐ טיפול באינהלציות ☐ טיפול במשאפים ☐ פעמיים ביום לפחות
- ☐ טיפול יומיומי באנטיביוטיקה ☐ בקרדיוטונים ☐ במשתנים ☐ בנגדי פרכוסים ☐ באימונוסופרסיה ☐ במייצבי לחץ דם
- ☐ פיזיותרפיה יומיומית, בשל ליקוי גופני, לפי הוראת רופא
- 15.03.2023 ☒ מעקב במרפאת מומחים (תת-התמחות מתאימה למחלתו הכרונית של הילד), פעם אחת לפחות, בתקופה אמורה.
- ☐ אשפוז במוסד רפואי, בשל ליקוי גופני או נפשי, לרבות ☐ אשפוז יום ☐ אשפוז בית (כאשר רופא או אחות מבקרים את הילד בכול יום) למעט אשפוז בחדר מיון; לעניין זה, "אשפוז": ☐ אשפוז במשך 30 ימים לפחות בחצי שנה שקדמה להגשת התביעה ובכל חצי שנה שלאחריה. ☐ אשפוז במשך 45 ימים בשנה. ☐ החלפת תחבושות וטיפול מקומי פעמיים ביום לפחות ☐ שימוש בחליפת לחץ כאשר השטח הפגוע הוא חמישית לפחות משטח הגוף
- ☐ השגחה חלקית - (מ-1.11.12) זקוק לנוכחות הזולת בקרבתו בכדי למנוע מצבי סיכון לעצמו או לאחרים באופן החורג במידה ניכרת מבני גילו
- ☐ מחלה או תסמונת נדירה - ימלא רופא הסניף רק אם המחלה או התסמונת מופיעה ברשימת המחלות שפורסמו ומהווה עומס טיפולי על המשפחה. (אם המחלה לא נמצאת ברשימה, יש להעביר לרופא המוסד)
- י.ב. 50 = ☐

12

טיפול רפואי קשה

סוג הטיפול שניתן:

☐ טיפולים כימותרפיים ☐ דיאליזה ☐ הזנה תוך ורידית ☐ אשפוז ממושך (לפחות 3 חודשים) ☐ אחר _____ ילד הזקוק לטיפול רפואי קבוע וממושך, ומתקיימים בו כל אלה:

☐ טיפול רפואי קבוע בבית חולים

☐ בשל הטיפול לא ניתן להגיע למסגרת מקובלת 3 ימים בשבוע, בהוראת רופא מטפל.

☐ למשך 3 חודשים רצופים

☐ ההורה או מקבל הקצבה נוטלים חלק משמעותי בטיפול הילד

עונה לכל התנאים האמורים מתאריך _____ עד תאריך _____

שם הילד דבור לירן	מספר זהות ב.0 215407297	מס' ועדה 28839	תאריך ועדה 07.05.2023
-------------------------	-------------------------------	-------------------	--------------------------

13

עיכוב התפתחותי (לידה מ - 91 יום עד 3 שנים)

גיל הילד בעת הבדיקה _____ חודשים לפג (עד גיל 24 חודש): גיל מתקן _____ חודשים

א. גיל הילד בעת הבדיקה*		בצוע הפעולה לפי גיל (בחודשים) וניקוד				
		לא מבצע (עגל)				
		6-3	12-7	18-13	24-19	36-25
6-3 חודשים	מרים ראש בשכיבה על הבטן	1	2	3	4	5
	מושיט יד לחפץ	1	2	3	4	5
	מתהפך מהבטן לגב	1	2	3	4	5
12-7 חודשים	לא נופל כשמושיבים אותו	1	2	3	4	5
	מתהפך מהבטן לגב	1	2	3	4	5
	מביא דברים לפיו	1	2	3	4	5
	מחזיק את ראשו יציב	1	2	3	4	5
18-13 חודשים	מתיישב או עומד בעזרה	1	2	3	4	5
	מתהפך מהגב לבטן	1	2	3	4	5
	זוחל על הגחון	1	2	3	4	5
	מעביר מיד ליד	1	2	3	4	5
24-19 חודשים	עומד לבד	1	2	3	4	5
	מתיישב	1	2	3	4	5
	זוחל על 4 גפיים	1	2	3	4	5
	עובר את קו האמצע	1	2	3	4	5
	תפיסת פינטה	1	2	3	4	5
36-25 חודשים	הולך לבד	1	2	3	4	5
	משרטט בעיפרון או בצבע	1	2	3	4	5
	עולה במדרגות בעזרה	1	2	3	4	5

* יש לבדוק את ביצוע הפעולות מהפעולה הראשונה עד הפעולה האחרונה הרשומה בקבוצת הגיל, שבה נמצא הילד בעת הבדיקה. ילד שיום הולדתו חל בחודש האחרון של קבוצת הגיל יבדק לפי קבוצת הגיל שלאחריה.

ב. בחצי השנה שקדמה לתביעה עד מועד הבדיקה הילד לא מסוגל היה לבצע את מרבית הפעולות ותנועות הראש, הגפיים והגב הרגילות אצל בני גילו:

נכון ☐ לא נכון ☐ הילד לא היה מסוגל לבצע את הפעולות הנ"ל מתאריך _____

ג. מועד למעקב _____

הסכמה לבדיקת תלות בעזרת הזולת

בדיקה זו היא בדיקה פיזית, הבוחנת את מידת התלות בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (אכילה, נידות, בתוך הבית, הלבשה, רחצה, היגיינה אישית).

לתשומת לבכם:

תוצאות בדיקה זו יכולות להשפיע על סכום הקצבה ובמקרים מסוימים על הטבות מחוץ לביטוח לאומי. האם אתם מעוניינים שילדכם יבדק בבדיקה זו?

כן ☐ לא ☐

חתימה *

תאריך ועדה
07.05.2023

מס' ועדה
28839

מס' זהות
2 | 1 | 5 | 4 | 0 | 7 | 2 | 9 | 7

שם הילד
דבור
לירן

15

בדיקת הצורך בעזרת הזולת לטיפולו האישי של הילד

סמן את רמת התפקוד במשבצת המתאימה. הניקוד יסומן ויסוכם ע"י פקיד התביעות

ניקוד לפי גיל					תפקוד
14-18	7-14	6-7	5-6	3-5	
ניידות בתוך הבית					
תיאור התפקוד: קימה, הליכה, ישיבה, האם קיימות נפילות? (פעולות אלה יש לבדוק בפועל):					
3	3	3	3	3	☐ מחתק למיטה לא מסוגל לרדת בכוחות עצמו או לעשות צעדים ספורים.
3	3	3	3	3	☐ משתמש בכיסא גלגלים וזקוק לעזרה בהעברה לכיסא או הסעתו, או זוחל וזקוק לעזרה בהעברתו
1	1	1	1	1	☐ משתמש בכיסא גלגלים אך עובר בעצמו לכיסא ומסיע עצמו בבית
1	1	1	1	1	☐ נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו אך זקוק לעזרת אדם בהליכה או בקימה
1	1	1	1	1	☐ מסוגל לנוע בכוחות עצמו בזחילה בלבד
0	0	0	0	0	☐ עצמאי בעזרת מכשיר (הליכון, מקל וכו')
0	0	0	0	0	☐ מהלך באופן חופשי

הלבשה והפשטה

תיאור התפקוד: הלבשה והפשטה של חולצה או מכנסיים או חצאית או נעליים או גרביים (פעולות אלה יש לבדוק בפועל):

3	3	2	2	2	☐ זקוק לעזרה מלאה (בחלקי גוף עליון ותחתון)
2	2	1	1	1	☐ זקוק לעזרה רבה (בחלק גוף עליון <u>או</u> תחתון)
1	1	1	1	1	☐ זקוק לסיוע בהרכבת מכשירים אורטופדיים
1	1	0	0	0	☐ זקוק לסיוע קל (נעליים, גרביים, כפתור, שריכה)
0	0	0	0	0	☐ מתלבש ללא עזרה

רחצה

תיאור התפקוד: האם קיימת יכולת תפקוד לבצע את הפעולות הבאות: רחיצת פנים, ידיים, גוף, ניגוב, גילוח, חפיפת ראש האם נדרשת נוכחות זולת בעת הרחצה?

3	3	3	2	2	☐ זקוק לרחצה במיטה
3	3	2	2	*	☐ זקוק לעזרה מלאה ברחצה באמבטיה או במקלחת
2	2	1	0	0	☐ זקוק לעזרה פעילה בחלק מפעולות הרחצה
1	0	0	0	0	☐ זקוק לסיוע קל (גילוח, חפיפת ראש, כפות רגליים וכדומה)
1	0	0	0	0	☐ זקוק לעזרה בהכנת תנאי רחצה (כניסה לאמבטיה, נוכחות הדרכה)
0	0	0	0	0	☐ מתרחץ ללא עזרה

מזכיר הוועדה יעתיק את הניקוד כאן לתוך המסגרת המסומנת ב - *

* אם סימנת דרגה זו לילד בגיל 3-5 סמן אחת הקטגוריות כלהלן:
☐ 0 – זקוק לעזרה מלאה ללא חריגה נכרת מבני הגיל
 1 – זקוק לעזרה מלאה, מגלה התנגדות קשה או נוקשות או היפרקנטיות או אינו יושב בעצמו ולכן קיימת חריגה נכרת מבני הגיל

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	207297	28839	07.05.2023

ניקוד לפי גיל					תפקוד
14-18	7-14	6-7	5-6	3-5	
אכילה ושתייה					
תיאור התפקוד: האם קיימת יכולת תפקוד לבצע את הפעולות הבאות: אכילה בכף, אכילת מוצקים, שתיה מכוס, (הגשת אוכל וחימומו להתייחס רק מגיל 14)					
☐	☐	☐	☐	☐	זקוק להאכלה מלאה כולל שתייה או לעזרה רבה (כולל אכילה בכף, אכילה מוצקים ושתייה מכוס)
☐	☐	☐	☐	☐	זקוק לעזרה חלקית באכילה או בשתייה
☐	☐	☐	☐	☐	זקוק לסיוע באכילה (אוכל כשמגשים לו, אך כשרעב, אינו מסוגל לקחת לעצמו אוכל כמו לחם, פרי או מים)
☐	☐	☐	☐	☐	(לגילאי +14) אינו מסוגל להכין שתייה חמה, לחמם מנת אוכל או להגיש, אם לא מזכירים לו אינו אוכל
☐	☐	☐	☐	☐	אוכל ושותה ללא עזרה
היגיינה אישית					
תיאור התפקוד: האם קיימות יכולות תפקוד לבצע את הפעולות הבאות: שליטה על סוגרים, שימוש בשירותים הכולל נידות, הלבשה והיגיינה אישית					
☐	☐	☐	☐	☐	דליפה תמידית של שתן או של צואה (סטומה וכו')
☐	☐	☐	☐	☐	לא שולט בשני הסוגרים (צואה ושתן), אינו מטפל בעצמו ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת
☐	☐	☐	☐	☐	לא שולט באחד הסוגרים (שתן או צואה) ביום ובלילה, אינו מטפל בעצמו ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת
☐	☐	☐	☐	☐	משתמש בשירותים אך זקוק לעזרה רבה בניידות, הלבשה, והיגיינה אישית
☐	☐	☐	☐	☐	משתמש בשירותים או סיר/בקבוק אך זקוק לעזרה בשתי פעולות מאלו: נידות, הלבשה, טיפול אישי
☐	☐	☐	☐	☐	משתמש בשירותים או סיר/בקבוק אך זקוק לסיוע מועט באחד מאלה: נידות, הלבשה, טיפול אישי
☐	☐	☐	☐	☐	שולט באופן חלקי ואינו מטפל בעצמו; או מרטיב כל לילה באופן קבוע
☐	☐	☐	☐	☐	שולט בהיגיינה אישית / עצמאי בשירותים ובשימוש באביזרים
האם רמת התפקוד מוסברת ע"י ליקוי רפואי: ☐ כן ☐ לא					

שם הילד	מספר זהות	מס' ועדה	תאריך ועדה
דבור לירן	ב.0 2 1 5 4 0 7 2 9 7	28839	07.05.2023

16 תלות בעזרת הזולת

שיעור זכאות

סה"כ ניקוד שצבר: _____ נק'

- 0% ☐ דחייה: מתפקד ללא חריגות ניכרת מהרגיל אצל בני גילו (0 – 4 נקודות) -
- 50% ☐ זכאי: תלוי במידה רבה בעזרת הזולת ברוב שעות היממה (5 – 7 נקודות) -
- 112% ☐ זכאי: תלוי במידה רבה בעזרת הזולת בכל פעולות היום-יום (8 – 9 נקודות) (ניתן לקבוע החל מ 01.01.22) -
- 188% ☐ זכאי: תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בכל פעולות היום-יום (10 – 12 נקודות) -
- 235% ☐ זכאי: תלוי לחלוטין בעזרת הזולת במידה רבה במיוחד בכל פעולות היום-יום (13 ומעלה נקודות) - (ניתן לקבוע החל מ 01.01.22)

17 זכאות לגמלה כתלוי לחלוטין בעזרת הזולת (188%) - ללא נוכחות

- ☐ שיתוק מלא _____ מתאריך _____
- ☐ אחר _____ מתאריך _____

18 ילד מונשם

☐ מונשם (לא כולל מחוללי חמצן c-pap ודומיהם)

סוג מכונת ההנשמה _____

מתאריך _____ עד תאריך _____

שם הילד דבור לירן	מספר זהות ב.0 2 1 5 4 0 7 2 9 7	מס' ועדה 28839	תאריך ועדה 07.05.2023
-------------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------------

19

החלטה מסכמת (ימלא הרופא)

עילה	שיעור זכאות
☐ דחייה (אינו עונה על אף אחת מעילות הזכאות)	☐ 0 עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ ליקוי מיוחד (פרט)	☐ 50% ☐ 100% עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ השגחה חלקית	☐ 50% עד תאריך _____ מתאריך _____
☒ השגחה מלאה	☒ 100% עד תאריך 15.03.2023 מתאריך 29.02.2024
☐ טיפול רפואי (פרט)	☐ 50% ☐ 100% עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ טיפול רפואי קשה (פרט)	☐ 188% ☐ 235% (ניתן לקבוע החל מ 01.01.22) עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ תלות בזולת	☐ 188% ☐ 50% ☐ 235% ☐ 112% (ניתן לקבוע החל מ 01.01.22) עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ עיכוב התפתחותי	☐ 100% עד תאריך _____ מתאריך _____
☐ מונשם	עד תאריך _____ מתאריך _____

☒ נימוק הזכאות לתקופה רטרואקטיבית: מיום תאונה.

לצורך ההחלטה הבאה נדרשים: ☐ מסמכים רפואיים: פרט ☐ ביקור בית

07.05.2023 תאריך
דר' דוד סביצקי שם הרופא
חתימה
לאה ונטורה שם המזכיר
חתימת המזכיר

אם אתה מתרשם שהילד לא מטופל כראוי, אנא ציין זאת ונמק את התרשמותך.

אני מצהיר בזאת שלא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני לבין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים ע"פ הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

07.05.2023 תאריך שם מזכיר הישיבה חתימת וחותמת * לאה ונטורה