

הנדון: הערכה תפקודית על ידי אח/ות

אח/ות, לתשומת ליבך,

* הטופס שלהלן נוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים ולגברים כאחד

פרטים אישיים של המבוטח:

שם המבוטח:	רזניק אילנה	מספר ת.ז.:	005038104	מין:	נקבה
תאריך לידה:	04/01/1940	הבדיקה בוצעה בתאריך:	07/08/2023		
כתובת מגורים:	אבא הילל 35 דירה 14, רמת גן				
מיקום הבדיקה:	בית הנבדקת				
האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח? ☒ כן / ☐ לא					
האם נכח גורם נוסף בבדיקה? ☒ כן / ☐ לא					
מהי קרבתו למבוטח ושמך? ☒ כן / ☐ לא					
האם המבוטח ביקש/אשר את נוכחות הגורם הנוסף? ☒ כן / ☐ לא					
במידה שלא נכח גורם נוסף, מדוע?					
כיצד זוהה המבוטח? ☒ תעודת זהות ☐ דרכון ☐ רישיון נהיגה ☐ אחר:					

(1) מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה שמסמכים הוצגו ע"י המבוטח בעת הביקור, נא לצלם ולהעבירם בצמוד לסיכום הבדיקה):

מס'	כותרת המסמך	שם הרופא/מוסד	תאריך
1	סיכום ביניים	אבחון מהיר לסרטן, ביה"ח שיבא	08/05/2023
2	סיכום מידע רפואי	ד"ר גיני פרנקל, רופאת משפחה, קופ"ח כללית	01/06/2023
3	סיכום ביקור רפואי	המכון האונקולוגי, ביה"ח שיבא	02/07/2023
4	סיכום ביקור רפואי	המכון לרדיותרפיה, ביה"ח שיבא	04/07/2023

(2) אבחנות רפואיות/מחלות רקע:

תאריך גילוי	מחלה
1992	HYPERTENSION ESSENTIAL UNCOMPLICATED
01/10/2002	LEUCOCYTOSIS
01/09/2008	LIPID METABOLISM DISORDER
2011	OBESITY
08/06/2023	ממאירות ריאתית גרורתית STAGING
04/07/2023	NODULE OF LUNG PULMONARY
11/02/2020	DIABETES MELLITUS
30/05/2023	MALIGNANT NEOPLASM LUNG

שם: רזניק אילנה ת.ז. : 005038104

המסמך מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות

עליית הנוער 42 תל אביב
 טל. 03-6959242 | פקס. 03-6959243
 office@lotemmed.co.il

www.lotemmed.co.il

(3) אשפוזים בחודשים האחרונים:

מס'	תאריך אשפוז	סיבה / אבחנה
1		

ללא אשפוזים ב-3 החודשים האחרונים.

(4) אנמנזה ותולדות מחלות עבר:

הנבדקת ילידת 1940, אלמנה+3, מתגוררת בדירה נקייה ומסודרת, קומה 7 בניין עם מעלית, מתגוררת לבדה.
ברקע סוכרת, יתר לחץ דם, אבחנה חדשה מחודש מאי 2023 של סרטן גרורתי מסוג אדנוקרצינומה לעצם, בנוסף מחלה
היפרמטבולית משנית פריטוניאלית / אומנטאלית, אקסטרה - פריטוניאלית, מערבת את האדרנל והרקמות הרכות.
הנבדקת מתלוננת על כאבים ממושטים, בעיקר באזור ימין של הראש, ראיה כפולה, הרגשה כאילו הלסתות ננעלות לה.

(5) תרופות קבועות:

DISOTHIAZIDE
CILAZAPRIL TEVA
METFORMIN TEVA
CARDILOC
LIPITOR
FOLIC ACID
B12 זריקה כל מספר שבועות

(6) אביזרי עזר:

- כיסא רחצה מפלסטיק
- כורסא מתכווננת
- מכשיר לחץ דם
- הליכון
- מקל הליכה
- תחתוני ספיגה בלילה
- מאחזים בקיר שירותים ומקלחת
- פדים ביום

7) טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן בעמודות ההערות וכן לציין מפורשות אם הודגם):

שם הפעולה	הערות/התרשמות הבודק	עצמאי/אינו עצמאי									
א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה 1. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממזב שכיבה למזב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? 2. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא או ממיטה ממזב ישיבה למזב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?	הודגם. ביקשתי הדגמת מעברים מהנבדקת, ראיתי שהנבדקת קמה בכוחות עצמה ממזב ישיבה מהכיסא מולי למזב עמידה בעזרת מקל ההליכה, קמה לאט אחרי מספר ניסיונות, סימני חולשה במאמץ. בנוסף, הנבדקת דווחה שבמהלך היממה קמה בכוחות עצמה ממזב שכיבה למזב ישיבה וממזב ישיבה למזב עמידה גם בלילה כשנאלצת ללכת לחדר השירותים להטלות שתן. בנוסף דווחה שלעיתים ישנים איתה בני המשפחה ואז הם עוזרים לה לקום.	עצמאית									
ב. הלבשה 1. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו העליון? (חולצה) 2. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)	הודגם. טווחי הידיים של הנבדקת מעל הראש עד שוקיים תחתונות בישיבה. ביקשתי הדגמת הלבשה בשיטת "בגד על בגד" בישיבה. הבן הגיש שמלה לנבדקת, ראיתי שהנבדקת אחזה בשמלה, הכניסה את שני ידיה לשרוולי השמלה והעבירה את השמלה מעל הראש בכוחות עצמה, בסיום הנבדקת הפשיטה את השמלה מעל הראש ומעל הידיים בכוחות עצמה. ראיתי סימני חולשה וכאבים במאמץ, בנוסף הנבדקת דווחה על החלפת מוצרי ספיגה בכוחות עצמה כשתיארה את השיטה בה מחליפה מוצרי ספיגה בישיבה על אסלה ונעזרת באביזר נוסף בחדר השירותים.	עצמאית									
ג. רחצה 1. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה על פי הפרוט בטבלה: 2. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת?	נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו: <table border="1"> <tr> <td>כניסה ויציאה</td><td>פלג גוף עליון</td><td>פלג גוף תחתון</td></tr> <tr> <td>☒ יכול</td><td>☐ יכול</td><td>☐ יכול</td></tr> <tr> <td>☐ לא יכול</td><td>☒ לא יכול</td><td>☒ לא יכול</td></tr> </table> על פי טווחי הידיים שתוארו לעיל ועל פי מה שראיתי בהדגמת ההלבשה ועל פי אבחנות הנבדקת וסימני החולשה והכאבים במאמץ, קיבלתי את דווחי הנבדקת שנעזרת בבני המשפחה יום כן ויום לא ברחצה הכללית בישיבה בשני פלגי הגוף לרחצה יעילה כולל עזרה בסיבוב וניגוב. מבחינת טווחים מגיע לאיברי הגוף אך לאור סביבת הרחצה והחולשה זקוקה לעזרה.	כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	☒ יכול	☐ יכול	☐ יכול	☐ לא יכול	☒ לא יכול	☒ לא יכול	אינה עצמאית
כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון									
☒ יכול	☐ יכול	☐ יכול									
☐ לא יכול	☒ לא יכול	☒ לא יכול									
ד. אכילה ושתייה האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבור המבוטח והוגש לו?	לא הודגם. הנבדקת אוכלת בכוחות עצמה לאחר שדווח שבצהריים ו/או בערב אחד מבני המשפחה מכינים ומגישים לה את הארוחות.	עצמאית									

עצמאית	☐ חוסר שליטה	☒ שליטה מלאה	שכן :	ה. שליטה על הסוגרים 1. האם קיימת בעיה של אי שליטה באחד הסוגרים? במידה ולא מתקיים סעיף 1 האם מתקיים הסעיף הבא : 2. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד : • האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן • האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת הניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו. (במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)
	☐ חוסר שליטה	☒ שליטה מלאה	פעולות מעיים :	
הנבדקת מדווחת על שימוש בפדים במהלך היום ותחתוני ספיגה בלילה, בנוסף אין אבחנות בנושא אי שליטה על סוגרים מרופאים מקצועיים. הנבדקת דווחה על שינה לסירוגין בגלל ריבוי הליכות בלילה בעיקר לחדר השירותים להטלות שתן.				
עצמאית	הודגם.			ו. ניידות 1. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו? 2. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות 3. אילו היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה או הליכון), האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?
בהדגמת ניידות שביקשתי ראיתי שהנבדקת הגיע בעזרת מקל ההליכה מפינת השולחן ליד המטבח עד המטבח בכוחות עצמה, ניידת לאט, לא יציבה בזמן הניידות עם הפסקות, נאחזת ונעזרת לעיתים בקירות הבית ובשולחן סמוך, ראיתי סימני חולשה במאמץ . במסמכים הרפואיים שעמדו לרשותי אין תיעוד של פנייה לקבלת טיפול רפואי עקב נפילות חוזרות. דווח על נפילה אחת מחוץ לדירה ללא תיעוד במסמכים.				

8) במקרה של מחלת הסרטן, נא לפרט :

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים : כן
 אם כן, יש לציין את סוג הטיפול : כימותרפיה
 תדירות הטיפול : כל 3 שבועות
 תאריך תחילת הטיפול :
 צפי סיום סידרת הטיפולים : לא ידוע

9) מי מתגורר עם המבוטח/ת בבית:

הנבדקת מתגוררת לבדה בדירה למעט בני משפחה הבאים לעזור/לבקר 2-3 שעות ביום (על פי דוחי הנבדקת)

10) האם המבוטח מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)? כן

האם יש מטפל/ת זר/ה? לא

האם יש מטפל/ת פרטי/ת? לא

מה היקף השעות השבועיות?

האם יש מטפל/ת מטעם המוסד לביטוח לאומי? כן

מה היקף השעות השבועיות? דרגה 3 (ללא בדיקה תפקודית רק על פי מסמכים) 8.5 שעות שבועיות בגלל גובה הכנסה (חלק

בגמלה כספית וחלק בשרות

11) סיכום האח/האחות הבודק/ת, לרבות התייחסות אם קיים צפי שיקומי:

הנבדקת ילידת 1940, ברקע המחלות המצוינות לעיל.

זקוקה לעזרה כמתואר.

12) טבלת תפקוד מסכמת (ימולא ע"י אח/ות):

האם המבוטח זקוק לעזרה ב ADL	פעולה
לא	א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה
לא	ב. הלבשה
כן	ג. רחצה
לא	ד. לאכול ולשתות
לא	ה. שליטה על הסוגרים
לא	ו. נידודות

פרטי הבודק/ת (ימולא ע"י אח/אחות):

חתימה וחותמת הבודק/ת:



שם: מרטון חיים, מ.ר. 11964

אח מוסמך

שעת תחילת בדיקה: 10:25

שעת סיום בדיקה: 11:15